



	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ NÚCLEO DE MEIO AMBIENTE - NUMA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DOS RECURSOS NATURAIS E DESENVOLVIMENTO LOCAL – PPGEDAM</p>	
--	--	--

MIGUEL RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

**FITOTERAPIA SOLIDÁRIA – UMA PROPOSTA SUSTENTÁVEL
PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E O
DESENVOLVIMENTO LOCAL.**

BELÉM

2012

MIGUEL RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

**FITOTERAPIA SOLIDÁRIA – UMA PROPOSTA SUSTENTÁVEL
PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E O
DESENVOLVIMENTO LOCAL.**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia, Curso de Mestrado Profissional, Programa de Pós-Graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia/PPGEDAM, Núcleo de Meio Ambiente da Universidade Federal do Pará.

Área de concentração: Uso e Aproveitamento dos Recursos Naturais.

Orientador: Professor Dr. Wagner Luiz Ramos Barbosa.

BELÉM
2012

Dados internacionais de catalogação-na-publicação (CIP),
Biblioteca do Núcleo de Meio Ambiente/UFPA, Belém – PA.

Silva Júnior, Miguel Rodrigues da

Fitoterapia solidária: uma proposta sustentável para a atenção básica em saúde e o desenvolvimento local / Miguel Rodrigues da Silva Júnior; orientador: Wagner Luiz Ramos Barbosa. __ 2012.

92 p.

Dissertação (Mestrado em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia) – Programa de Pós-Graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia – PPGEDAM - Núcleo de Meio Ambiente, Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

1. Plantas medicinais. 2. Ervas – uso terapêutico – Igarapé-Miri (PA). 3. Fitoterapia. 4. Comunidade – Desenvolvimento – Igarapé-Miri (PA). I. Barbosa, Wagner Luiz Ramos, orient. II. Título.

CDD 22. ed. 615.321

MIGUEL RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR

**FITOTERAPIA SOLIDÁRIA – UMA PROPOSTA SUSTENTÁVEL
PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E O
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia, Curso de Mestrado Profissional, Programa de Pós-Graduação em Gestão dos Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia/PPGEDAM, Núcleo de Meio Ambiente da Universidade Federal do Pará.

Área de concentração: Uso e Aproveitamento de Recursos Naturais.

Orientador: Prof. Dr. Wagner Luiz Ramos Barbosa.

Defendido em: 11/10/2012

Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. WAGNER LUIZ RAMOS BARBOSA - PPGEDAM/NUMA/UFPA – Orientador
Dr. em Ciências Naturais
Universidade Federal do Pará

Prof. ORENZIO SOLER
Dr. Doutor em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido
Universidade Federal do Rio de Janeiro

THOMAS ADALBERT MITSCHERIN
Doutor em Sociologia, História da Economia e Ciência Política
Universidade Federal do Pará

Dedico este trabalho

A uma bela flor, que já não mais habita o meu jardim, mas cujo perfume incomparável jamais deixará de ser exalado... foi embora enquanto eu rogava pela força necessária para desenvolver o presente trabalho... a você, minha Grande Amiga, minha Mãe, Minha Vovó Nikita (Ana Rodrigues da Silva – *in memoriam*)... seu doce perfume também me deu forças... meu coração sente saudades dos beijos mais amáveis que ele já sentiu... assinando com lágrimas de amor e saudade.

Ao meu avô Nair Mata da Silva (*in memoriam*), que guiou meus primeiros passos na terra e minhas primeiras braçadas na água... sinto muitas saudades dos abraços, da benção, do cheiro e das palavras do meu Grande Amigo... jamais esquecerei do seu amor para com toda a família e sempre objetivarei e buscarei ser tão humilde e honesto quanto Ele o foi.

A todos os seres humanos que necessitam, mas pouco acessam (ou mesmo não acessam) opções terapêuticas seguras, eficazes e de qualidade... Converti suas necessidades na força motriz que impulsionou o desenvolvimento do presente trabalho... e lhes propiciar uma melhor qualidade de vida se tornou uma das maiores razões da minha existência.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Pará, que através do Núcleo de Meio Ambiente, possibilitou-me desenvolver o presente trabalho.

Às minhas professoras e meus professores do PPGEDAM e todos aqueles que avaliaram o presente estudo, que compartilharam comigo indispensáveis e significativas contribuições... aos grandes mestres, o meu sincero reconhecimento, respeito, admiração e agradecimento.

Ao meu orientador Wagner Luiz Ramos Barbosa, que mesmo diante das múltiplas atividades que desempenha aceitou orientar o presente trabalho... indescritivelmente grato pela compreensão, pela oportunidade, pelo estímulo e, sobretudo, pelas importantes discussões acerca do estudo.

Os estimados Cláudio da Cunha Freire e Zelma Lúcia Ataíde Campos, exemplos sublimes de profissionais competentes e decisivos desde a minha entrada no PPGEDAM.

Aos atores locais de Igarapé-Miri, muito solícitos em relação ao trabalho... a palavra “obrigado” não é suficiente para denotar o grau da minha gratidão pelo carinho e pela indispensável contribuição.

A Deus, por ter dado à humanidade a Boa Nova, o Sangue libertador de Jesus, o Espírito Santo, a Vida; pelos Dons a mim concedidos; e por ter colocado em meu caminho outros Seres Plenamente Humanos, como:

Meus avós Nair Mata da Silva (*in memoriam*), Francisco Gomes da Silva (*in memoriam*) Ana Rodrigues da Silva (*in memoriam*), Antônia Pantoja Mata, aos quais agradeço pelo carinho, pelos sábios conselhos, pelos valores dignos repassados, pelos sorrisos, pelas longas conversas, pelo amor, pelas orações, pelo exemplo de perseverança e busca constante de equilíbrio...

Meus pais Miguel Rodrigues da Silva e Antonia Maria Pantoja Mata, aos quais agradeço por me permitirem viver, pela manutenção da união da nossa família, pela educação a mim propiciada, pela confiança, pelas sábias palavras e, sobretudo, pelo amor incondicional.

Meus irmãos de sangue, Tânia Maria Mata da Silva, Gabriel Mata da Silva e Daniel Mata da Silva, e aos meus muitos irmãos(ãs) de coração, aos quais agradeço pelo companheirismo e pelos incontáveis momentos de descontração e alegria.

Manuel de Jesus (*in memoriam*), o irmão que nunca vi, mas jamais esqueci, que mesmo “tão distante” fez despertar em mim a capacidade de acreditar e de amar, mesmo nunca tendo visto algo ou alguém.

O meu tio Ronaldo Rodrigues da Silva (*in memoriam*) e minhas tias Ana Mata do Amaral (*in memoriam*) e Páscoa Rodrigues da Silva (*in memoriam*), bem como todos meus demais entes-queridos, os quais me fizeram perceber que quando estamos diante de alguém especial, uma hora equivale no máximo a um segundo, e cada segundo longe é uma eternidade.

Todos os meus familiares, que ao esperarem muito de mim, me motivaram a aprender cada vez mais.

Os meus amigos e as minhas amigas, que tanto são leais e que tanto contribuem para o meu crescimento profissional, humano e cristão.

“Aqueles que se sentem satisfeitos sentam-se e nada fazem. Os insatisfeitos são os únicos benfeitores do mundo”.

(Walter. S. London)

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

“Na batalha contra a insustentabilidade, sua força e inteligência são indispensáveis... Ser Natural, ajude sua Natureza – vivendo em consonância com os Mandamentos do seu Criador. Quem ama a Deus sobre todas as coisas e o seu próximo como a si mesmo, da forma como Jesus o amou, jamais compactua, nem tão pouco propaga formas não sustentáveis de desenvolvimento”.

(Miguel Rodrigues).

RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os medicamentos são ferramentas essenciais para a assistência à saúde. Tal importância é reconhecida pelo Governo Brasileiro, que na Lei 8.080 estabelece que garantir a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, compõe explicitamente uma das funções do Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, embora constituam o maior avanço na área de saúde, o acesso aos medicamentos é extremamente polarizado em função de múltiplos fatores, dentre os quais enfatizamos no presente estudo os elevados preços praticados pela indústria farmacêutica – que ancorada no paradigma capitalista de “desenvolvimento”, concentra os medicamentos segundo o poderio econômico das pessoas e nações. Como forma de suplantar esta problemática, que acomete todos os países do mundo, sobretudo aqueles em desenvolvimento, a OMS, desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, tem recomendado enfaticamente a inserção da fitoterapia nos sistemas oficiais de saúde de seus Estados-membros, de modo a aumentar o acesso da população a recursos farmacêuticos eficazes, seguros e de qualidade. Neste sentido, dentre outras iniciativas, o Governo Brasileiro implementou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que, a nosso ver, busca, basicamente, aumentar o acesso às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos a partir do aumento da produção destas opções terapêuticas, tendo os atuais laboratórios farmacêuticos capitalistas como força motriz neste processo. Contudo, o presente estudo ressalta que aumentar a produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos não garante, necessariamente, o aumento do acesso em uma perspectiva de universalidade, integralidade e equidade, tão pouco se essa produção for concentrada apenas nos atuais laboratórios farmacêuticos privados, sejam eles nacionais ou internacionais. Desta forma, além de apontar alguns dos possíveis impactos socioeconômicos relacionados à produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos prioritariamente em empreendimentos capitalistas, o presente estudo trás para a discussão a produção destas opções terapêuticas, também, em empreendimentos que integram a Economia Solidária – que, a propósito, deu origem ao termo Fitoterapia Solidária, cunhado neste estudo – enquanto alternativa voltada para propiciar tanto o aumento do acesso às plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, quanto o Desenvolvimento Local, apontando os atores locais não apenas como fornecedores de matérias-primas para os laboratórios farmacêuticos de maior porte, como preconiza implicitamente a PNPMF, mas também de produtos finais para o SUS e para a população em geral – em uma perspectiva de se alcançar preços mais acessíveis. Por fim, toma-se como exemplo o município paraense de Igarapé-Miri como potencial para o desenvolvimento de recursos fitoterápicos (inicialmente, plantas medicinais rasuradas) de acordo com os ideais da fitoterapia solidária – ressaltando as vantagens e os entraves apresentados por este município, bem como possíveis formas de mitigá-los. Assim, em última análise, este trabalho busca contribuir no processo de tomada de decisão dos gestores públicos e demais profissionais envolvidos com PNPMF no que concerne o desenvolvimento sustentável da cadeia e dos arranjos produtivos de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, bem como no processo de inserção destas opções terapêuticas no SUS, de modo a compatibilizar os interesses econômicos nacionais com as necessidades terapêuticas da população brasileira.

Palavras-chave: Acesso; Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; Economia Solidária; Desenvolvimento Local; Igarapé-Miri.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO), medications are essential tools for health care. This importance is recognized by the Brazilian government, which in Law 8080 stipulates that ensure integrated care, including pharmaceuticals, composes an explicit function of the Unified Health System (SUS). However, although they constitute the greatest advance in health, access to medicines is extremely polarized due to multiple factors, among which we emphasize in this study the high prices charged by the pharmaceutical industry - which anchored the capitalist paradigm of "development", focuses medicines according to economic power of individuals and nations. As a way to overcome this problem that affects all countries, especially developing ones, WHO, since the Alma-Ata in 1978, has strongly recommended the inclusion of herbal medicine systems health officials of its member members, in order to increase people's access to resources pharmacists effective, safe and quality. In this sense, among other initiatives, the Brazilian government implemented the National Policy on Medicinal Plants and Herbs (PNPMF), which, in our view, search, basically, increase access to medicinal plants and herbal medicines from the increased production of these treatment options, and current pharmaceutical capitalists as a driving force in this process. However, this study highlights that increase the production of medicinal plants and herbal medicines does not necessarily guarantee increased access in a perspective of universality, comprehensiveness and equity, so little is that production is concentrated in existing pharmaceutical companies private, whether they national or international. Thus, while pointing out some of the possible socio-economic impacts related to the production of medicinal plants and herbal medicines primarily in capitalist ventures, this study back to discuss the production of these therapeutic options, too, on developments that integrate the Solidarity Economy - that by the way, originated the term Phytotherapy Solidarity, coined in this study - as an alternative aimed to provide both increased access to medicinal plants and herbal medicines, as the Local Development, pointing to local actors not only as suppliers of raw materials for larger pharmaceutical companies, as advocates implicitly PNPMF, but also finished products to the NHS and to the general population - in a perspective of achieving more affordable. Finally, take as an example the city of Para-Igarapé Miri as potential for the development of herbal products (initially, herbal tampered with) in accordance with the ideals of solidarity phytotherapy - highlighting the advantages and obstacles presented by this municipality, well as possible ways to mitigate them. So, ultimately, this paper aims to contribute in the process of decision making of public managers and other professionals involved with PNPMF regarding sustainable development chain and production arrangements of medicinal plants and herbal medicines, as well as the insertion process these therapeutic options in SUS, to harmonize national economic interests with the therapeutic needs of the brazilian population.

Keywords: Access, National Policy on Medicinal Plants and Herbal Medicines; Solidarity Economy; Local Development; Igarapé-Miri.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Objetivos.....	16
1.1.1 Geral....	16
1.1.2 Específicos.....	17
1.2 Procedimentos Metodológicos.....	17
2 MEDICAMENTOS SINTÉTICOS – POCOS LUCRAM MUITO, MUITOS ACESSAM POUCO.....	19
2.1 Mudança do arsenal terapêutico dos sistemas oficiais de saúde – dos recursos fitoterápicos à consolidação dos medicamentos sintéticos.	19
2.2 Medicamentos para quem?.....	21
2.2.1 A importância dos medicamentos para a saúde segundo a OMS..	21
2.2.2 Acesso Polarizado..	22
2.2.3 Maiores Lucros para a Indústria Farmacêutica, menor Acesso para a População.....	23
2.2.4 Polarização do Faturamento gerado pelo segmento de medicamentos sintéticos.....	31
2.3 Iniciativas do Governo Brasileiro na perspectiva de garantir o acesso equânime aos medicamentos.....	35
2.3.1 O incentivo para o Uso Racional.....	35
2.3.2 Elaboração da RENAME.....	37
2.3.3 Incentivo para o desenvolvimento da indústria nacional de medicamentos Genéricos.....	39
2.4 Acesso Polarizado aos medicamentos alopáticos no cenário nacional.....	40
3 FITOTERAPIA – UMA NOVA OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA O SUS E UMA FERRAMENTA PARA O ALCANCE DO DESENVOLVIMENTO LOCAL.....	41
3.1 A potencial importância da Fitoterapia para o SUS.....	41
3.2 O Desenvolvimento da Segmento Fitoterápico a partir da ótica do Desenvolvimento Local.....	45
4 PLANTAS MEDICINAIS E MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS – REFLEXÕES SOBRE AUMENTO DA PRODUÇÃO E A GARANTIA DO ACESSO.....	53
4.1 Concentração do Faturamento gerado pelo Segmento Fitoterápico.....	53

4.2 Produção de fitoterápicos norteada prioritariamente para o alcance de Lucros.....	56
4.3 A PNPMF e o Acesso aos Recursos Fitoterápicos.....	58
4.4 Fitoterapia Solidária – uma ferramenta que favorece efetivamente o aumento do acesso aos recursos fitoterápicos.....	61
4.4.1 Economia Solidária.....	61
4.4.2 Fitoterapia Solidária.....	64
5 FITOTERAPIA SOLIDÁRIA EM IGARAPÉ-MIRI: POTENCIALIDADES, ENTRAVES E POSSÍVEIS CAMINHOS PARA A INSERÇÃO DAS PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO BÁSICA..	67
5.1 Considerações Gerais sobre o Município	67
5.2 Um município em potencial	70
5.3 Caminhos para facilitar a inserção na atenção básica em saúde local	74
5.4 Parcerias comerciais em potencial.....	76
6 CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS	86
ANEXO 1 – OBJETIVOS E DIRETRIZES DA PNPMF	96

1 INTRODUÇÃO.

Na Declaração de Alma-Ata, fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que

a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países (OMS, 1978).

Em função desta problemática, a mesma Declaração expressa ainda “a necessidade de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (id.). Neste sentido, dentre outros fatores, ganha importância fundamental o acesso a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. De acordo com a OMS, “**os cuidados primários de saúde incluem [...] o fornecimento de medicamentos essenciais**” (id., *grifo nosso*), os quais são definidos como medicamentos que “satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população” (OMS, 2002, *grifo nosso*) e “devem estar disponíveis nos sistemas de saúde, em quantidades suficientes, [...] com garantia da qualidade e informação adequada, **ao preço que os pacientes e a comunidade possam pagar**” (id., *grifo nosso*).

Em consonância com a Declaração de Alma Ata, e após um longo processo construtivo, o artigo 196 da Constituição Brasileira estabelece que

“a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Por sua vez, o artigo 197 da Constituição explicita que “as ações e serviços públicos [...] constituem um sistema único [...]” (id.), sendo este Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Lei 8.080, de 1990, também denominada Lei Orgânica da Saúde. Esta lei tem dentre suas diretrizes “a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência” (BRASIL, 1990) e a “**integralidade** de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das

ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (id., *grifo nosso*).

No que tange a *integralidade*, o artigo 6º, inciso I, da Lei 8.080, estabelece que se inclui no campo de atuação do SUS, também, “a execução de ações de assistência terapêutica [...], inclusive **farmacêutica**” (id., *grifo nosso*). Neste contexto, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), cuja implantação fora determinada no artigo 6º, inciso VI, da Lei 8.080, é uma das políticas sociais e econômicas implementadas pelo Governo Brasileiro no sentido de garantir o que determina o artigo 196 da Constituição, sendo regulamentada por meio da portaria GM/MS nº 3.916/98 e tendo como uma das principais finalidades “o **acesso** da população aqueles medicamentos considerados essenciais” (BRASIL, 1999, *grifo nosso*).

Logo, tanto a OMS, quanto a legislação nacional vigente, consideram que o **acesso** aos medicamentos, dentro de uma perspectiva de universalidade, integralidade e equidade, é um fator indispensável no sentido de garantir a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos seres humanos.

Dentre os medicamentos produzidos, os sintéticos são aqueles que têm alcançado, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, o maior destaque na área da saúde. **A importância terapêutica desses medicamentos**, bem como o discurso da Indústria Farmacêutica apresentando-os como sendo a solução para a maior parte dos problemas de saúde mundiais e **um benefício para toda a humanidade**, facilitou a inserção dos mesmos no mercado internacional em curto prazo de tempo.

Contudo, mais de meio século após a inserção em massa dos medicamentos sintéticos na terapêutica, constata-se que esse discurso está longe de ser real em sua plenitude, inclusive em longo prazo. Como anunciou a Indústria Farmacêutica, atualmente inúmeras doenças podem ser prevenidas, atenuadas ou curadas com os medicamentos sintéticos, mas o acesso aos mesmos é significativamente polarizado. De acordo com Hunt e Khosla (2010) “além das barreiras impostas ao acesso a medicamentos, o caráter extremamente desigual desse acesso continua a ser a característica mais evidente do setor farmacêutico mundial”. Para OMS,

melhorar o acesso a medicamentos essenciais é, talvez, o desafio mais complexo enfrentado pelos agentes do setor público, setor privado e organizações não-governamentais que trabalham no fornecimento de medicamentos, que precisam combinar seus esforços e conhecimento,

e trabalhar juntos para encontrar soluções (OMS, 2004, *tradução nossa*).

Segundo Crozara (2001), com o aumento do custo com medicamentos e outros produtos e equipamentos médicos surgiu a impossibilidade de garantir um acesso para todos. O **elevado preço dos medicamentos sintéticos**, quando confrontado ao baixo nível de renda da maior parcela da população mundial, sobretudo aquela que habita os países em desenvolvimento, é um dos principais fatores responsáveis por tal problemática envolvendo o acesso a esses medicamentos. No município paraense de Igarapé-Miri, por exemplo, 20% da população não tinham acesso aos medicamentos em 2008 e dos 30% que utilizavam medicamentos industrializados, 65% tinham acesso mediante gastos consideráveis para o orçamento familiar (BARBOSA e PINTO, 2009). Assim sendo, “a profunda desigualdade social manifesta-se mais uma vez, observando-se o contraste entre uma grande parte da população, com limitado acesso a medicamentos – devido ao custo e problemas na distribuição, e uma pequena parcela de privilegiados, responsável pela maior parte do consumo de medicamentos no país” (MELO et. al., 2006).

Cabe salientar que o Brasil situa-se entre os países onde os preços dos medicamentos são os mais elevados. Conforme divulgou João Biehl em março de 2010, durante a Conferência *O Judiciário e o Direito à Saúde*, “os medicamentos custam, no Brasil, duas vezes mais que na Suécia e até 13 vezes o índice mundial de preços” (FENAFAR, 2010). Não obstante, a lei das patentes e o baixo desenvolvimento do parque industrial farmoquímico nacional ancoram o país na constante dependência em relação às grandes indústrias farmacêuticas externas para a aquisição desses medicamentos ou das matérias-primas necessárias para a sua produção.

Considerando o acesso extremamente polarizado aos medicamentos sintéticos e seus elevados preços de venda e ao constatar, segundo Brasil (2006b), que 80% das pessoas dos países em desenvolvimento no mundo dependem da medicina tradicional e/ou complementar para suas necessidades básicas de saúde e que 85% da medicina tradicional envolve o uso de extratos de plantas, a OMS tem recomendado enfaticamente aos seus Estados-membros a implementação de políticas públicas no sentido de inserir a medicina tradicional, com ênfase na fitoterapia, nos sistemas oficiais de saúde.

Eficácia e segurança, obviamente, são aspectos considerados prioritários pela OMS quando reprova ou propõe a inserção de determinada forma terapêutica nos sistemas de saúde mundiais. Portanto, ao recomendar a inserção das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos nesses sistemas, a OMS reconhece, por conseguinte, a potencial eficácia e segurança dessas opções terapêuticas.

Neste cenário, o segmento fitoterápico tem crescido em âmbito internacional e esperar-se-ia que o Brasil estivesse ocupando uma posição de destaque. No entanto, embora tenha a maior diversidade genética vegetal do mundo e um amplo conhecimento tradicional, popular e científico sobre o uso de plantas medicinais, o país ainda não se destaca internacionalmente no segmento fitoterápico. Não obstante, o próprio mercado nacional de fitoterápicos é liderado por indústrias de outros países ou que possuem capital estrangeiro – de acordo com Brasil (2007a), o laboratório de maior representatividade nacional, em 2006, foi o *Altana Pharma*, de capital alemão, com 16,4% das vendas.

Neste contexto, como explicita o *capítulo 3* do presente estudo, o Governo Brasileiro tem implementado iniciativas, sobretudo a partir da década de 80, visando desenvolver o segmento fitoterápico nacional. Dentre as iniciativas, citam-se: o Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais (PPPM); a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC); a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF); a Portaria 886, que institui a Farmácia-Viva no âmbito do SUS; o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira e; a inserção de fitoterápicos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

É importante atentar, no entanto, que *desenvolver o setor fitoterápico em âmbito nacional, regional ou municipal não significa, necessariamente, garantir o acesso universal, equitativo e integral da população a estas opções terapêuticas*. A este respeito, no presente trabalho, o *capítulo 2* (analisando o segmento de medicamentos sintéticos) e o *capítulo 4* (analisando o segmento de medicamentos fitoterápicos) enfatizam que inúmeras práticas da indústria farmacêutica estão voltadas fundamentalmente para o aumento do preço dos produtos farmacêuticos, tendo como resultado a polarização do acesso aos medicamentos – não relacionada, neste caso, à necessidade terapêutica, mas ao poder econômico de pessoas e governos. Neste prisma, o *capítulo 4* reitera ainda que estimular o desenvolvimento do segmento de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos preferencialmente nos mesmos laboratórios

privados atuantes no Brasil pode trazer relativamente muitos benefícios econômicos diretos e indiretos para o país (sendo os lucros concentrados em favor de poucos laboratórios de maior porte), mas pode, também, limitar o acesso às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos, em função da possível prática de preços abusivos, e, não obstante, pode também implicar no desenvolvimento de produtos com pouca importância para o setor de saúde, mas que representam altos lucros para os referidos laboratórios.

Assim, além de investir na produção de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos eficazes, seguros e de qualidade, é imprescindível que a produção dessas importantes e necessárias opções terapêuticas seja efetuada em um modelo de desenvolvimento também “seguro” e “eficaz”, isto é, que realmente propicie o acesso universal, integral e equânime aos mesmos e esteja em consonância com os princípios norteadores do desenvolvimento sustentável – de modo que não se justifique apenas em função dos benefícios econômicos que alcançará, mas fundamentalmente em relação às suas implicações sociais, ambientais, culturais e até mesmo políticas. Neste sentido, o *capítulo 4*, expõe a importância da *Fitoterapia Solidária* enquanto ferramenta a ser estimulada quando se objetiva a despolarização tanto do acesso às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos, quanto do faturamento gerado pelo segmento fitoterápico nacional.

Por fim, no *capítulo 5*, ressaltam-se potencialidades e entraves observados no município de Igarapé-Miri referentes tanto à produção de plantas medicinais, quanto à sua inserção no sistema de saúde municipal, e apontam-se alternativas destinadas a mitigar os entraves encontrados.

1.1 Objetivos.

1.1.1 Geral.

Analisar possíveis contribuições que o segmento de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, se desenvolvido a partir da ótica do Desenvolvimento Local e da Economia Solidária (enquanto alternativa ao modelo capitalista de desenvolvimento), pode propiciar para a atenção básica em saúde, em uma perspectiva

de acesso universal, integral e equânime da população a opções terapêuticas eficazes, seguras e de qualidade.

1.1.2 Específicos.

- 1.1.2.1 Avaliar possíveis impactos referentes ao acesso às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos, bem como à distribuição de renda gerada por este segmento, caso sua produção seja concentrada nos atuais laboratórios farmacêuticos ancorados no paradigma capitalista de desenvolvimento.
- 1.1.2.2 Propor alternativas no sentido de propiciar que, paralelamente ao desenvolvimento da cadeia e dos arranjos produtivos de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, haja, também, um acesso universal e equânime a estas opções terapêuticas (sobretudo através da prática de preços não abusivos) e uma efetiva distribuição da renda gerada pelo setor.
- 1.1.2.3 Evidenciar, no contexto de Igarapé-Miri, fatores que favorecem ou dificultam a produção, a inserção na atenção básica e o uso de plantas medicinais por parte da população, bem como propor alternativas no sentido de superar os possíveis entraves.

1.2 Procedimentos Metodológicos

Quanto aos procedimentos metodológicos, realizou-se uma pesquisa do tipo bibliográfica, complementada com sete visitas técnicas ao município de Igarapé-Miri, sendo estas visitas destinadas a evidenciar, no cenário local, fatores físico-estruturais relacionados a uma possível produção de plantas medicinais voltadas para inserção no sistema de saúde municipal. Para tanto, contou-se com a colaboração de atores locais vinculados ao poder público municipal e, também, de lideranças locais, sobretudo aquelas ligadas a setores produtivos.

No que concerne à pesquisa bibliográfica, efetuou-se um estudo sistematizado desenvolvido a partir de material publicado em livros, dissertações de mestrado, teses de doutorado, artigos científicos, revistas e internet. O levantamento bibliográfico foi

realizado a partir de palavras-chave (como acesso a medicamentos, mercado farmacêutico, políticas públicas de medicamentos, estratégias da indústria farmacêutica, economia solidária, etc.), principalmente em: base de dados (Medline, Lilacs), no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) de artigos científicos nacionais e internacionais, além da busca em pesquisadores comuns como Google; sites especializados (IMS Halth, ANVISA, Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticas do Estado de São Paulo, Federação Nacional de Farmácia). Cabe atentar que não houve critério de exclusão relacionado à época da publicação dos trabalhos, isto porque se fez necessário uma análise histórica em relação ao mercado farmacêutico, bem como em relação às políticas e recomendações oficiais referentes aos segmentos alopáticos (sintético e fitoterápico). Como forma de estender o quantitativo de trabalhos pesquisados, efetuou-se, também, pesquisas nos referenciais bibliográficos de trabalhos levantados junto às fontes supracitadas.

2 MEDICAMENTOS SINTÉTICOS – POUCOS LUCRAM MUITO, MUITOS ACESSAM POUCO.

2.1 Mudança do arsenal terapêutico dos sistemas oficiais de saúde – dos recursos fitoterápicos à consolidação dos medicamentos sintéticos.

A humanidade, durante séculos, ficou refém de inúmeras patologias, sobretudo as infecciosas transmissíveis, por não obter recursos terapêuticos capazes de combatê-las com eficácia. Assim, doenças como difteria, gripe, malária, peste bubônica, hanseníase, sarampo, tuberculose e varíola dizimaram milhões de pessoas, alarmando constantemente a população mundial. Tal problemática, segundo (ROSEN, 1994), resultou da falta de conhecimento acerca “das origens e dos mecanismos de transmissão das doenças humanas, bem como das influências dos fatores ambientais que a condicionavam”, o que, por sua vez, “não permitia a compreensão do por que das doenças existirem ou da maneira de combatê-las” (id.).

Contudo, o medo desencadeado por essas doenças não conduziu o homem à passividade. Paralelamente a esse quadro epidemiológico, desde os tempos mais remotos, as sinapses de milhares de seres humanos convergiram no sentido de solucionar estes e muitos outros preocupantes problemas de saúde. E assim teve início um longo e árduo processo voltado para o entendimento das patologias e para a busca de recursos terapêuticos capazes de preveni-las, atenuá-las ou curá-las, processo este que perdura até hoje e assim o continuará, uma vez que buscar uma melhor qualidade de vida é intrínseco à própria existência do homem.

Acupuntura, fitoterapia, homeopatia, termalismo e yoga são exemplos das numerosas práticas terapêuticas desenvolvidas ao longo dos anos, que integram a Medicina Tradicional. Dentre estas, a fitoterapia é a que mais se destaca em âmbito global. Melo e colaboradores (2006) enfatizam que

recorrer às virtudes curativas e/ou paliativas de alguns vegetais é uma das primeiras manifestações do homem, marcando um antigo desejo de compreender e utilizar a natureza como recurso terapêutico. As primitivas civilizações cedo se aperceberam da existência, ao lado das plantas comestíveis, de outras dotadas de maior ou menor toxicidade que, ao serem experimentadas no combate à doença, revelaram [...] o seu potencial curativo.

Seja pela diversidade de patologias cujo uso fora indicado, seja em função do histórico e acentuado uso pelos diferentes grupamentos populacionais, os recursos fitoterápicos, durante séculos, foram os principais recursos terapêuticos utilizados na medicina – configurando-se como o arsenal terapêutico básico dos diversos sistemas oficiais de saúde mundiais.

Todavia, a importância das plantas medicinais para os sistemas oficiais de saúde começou a declinar, paradoxalmente, à medida que avançaram os estudos referentes às suas constituições químicas e propriedades terapêuticas – culminando com a grande contribuição para o desenvolvimento dos medicamentos sintéticos. Segundo Fogolio (2006), “as plantas, além de seu uso na medicina popular com finalidades terapêuticas, têm contribuído, ao longo dos anos, para a obtenção de vários fármacos, até hoje amplamente utilizados na clínica, como a emetina, a vincristina, a colchicina, a rutina”. De acordo com Rates (2001, *apud.* BRASIL, 2006b), “das 252 drogas consideradas essenciais pela OMS, 11% são originárias de plantas e um número significativo são drogas sintéticas obtidas de precursores naturais”.

Independentemente de sua importância para o desenvolvimento de medicamentos, as plantas medicinais começaram a perder espaço na terapêutica oficial, principalmente a partir do século XX, sobretudo após a *explosão farmacológica* – caracterizada por uma acentuada produção de medicamentos (sintéticos) de diversas classes terapêuticas. Tal fenômeno ocorrera entre anos de 1950 e 1960 “devido aos desenvolvimentos fundamentais em ciências biológicas – possibilitando melhor compreensão dos mecanismos moleculares, celulares e homeostáticos relacionados com a saúde e a doença” (LAPORTE et. al., 1989 *apud.* MELO, 2006) – e às conquistas tecnológicas e econômicas após a Segunda Guerra Mundial (MELO, 2006).

O desenvolvimento dos medicamentos sintéticos trouxe a possibilidade de cura para patologias que aterrorizavam o homem historicamente. Este impacto positivo na terapêutica (em especial, inicialmente, das doenças infecciosas) fez com que estes medicamentos fossem inseridos em massa nos sistemas oficiais de saúde de todo o mundo e, à medida que se diversificaram as classes terapêuticas, sua importância se tornou cada vez mais significativa para o setor de saúde.

A crença nos medicamentos se tornou tão marcante que “um abastecimento irregular pode promover a desmotivação dos profissionais e o descontentamento da

população” (OLIVEIRA, 2007). A este respeito, Garcia (*apud*. BERMUDEZ, 2004) afirma que

es decir, el medicamento es, para los médicos, el instrumento terapéutico de elección. Y para los pacientes simboliza el instrumento terapéutico más valorado. Nada valora la gente más que el medicamento. De manera tal, que si eso no está asegurado para las personas que lo necesitan, la percepción social es de injusticia más que de mera inequidad. Seguramente nada es más vivido como una injusticia socialmente inaceptable, a diferencia de la posesión o carencia de otros bienes, que la persistencia del sufrimiento ligado a la enfermedad por la carencia del medicamento que aliviaría los síntomas o curaría la enfermedad.

“É evidente que a possibilidade de receber o tratamento adequado, conforme e quando necessário, reduz a incidência de agravos à saúde, bem como a mortalidade para muitas doenças” (ARRAIS et. al., 2007). É inegável, portanto, que o desenvolvimento dos medicamentos sintéticos constitui um dos maiores avanços no setor da saúde, sendo que “muitos produtos são cada vez mais seguros e eficazes, contribuindo para aumentar a expectativa e a qualidade de vida” (WHO, 2000).

2.2 Medicamentos para quem?

2.2.1 A importância dos medicamentos para a saúde segundo a OMS.

A OMS define saúde como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS,1978) e reitera que o “gozo do mais alto nível de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e **condição econômica** ou social” (OMS, 2011, *grifo nosso*). Para que todos os seres humanos alcancem tal nível de saúde, a OMS recomenda que seus estados-membros superem as iniquidades em saúde, cujas causas são as

condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças (id.).

Logo, se a saúde não é simplesmente a ausência de doença, e seu alcance depende de inúmeras determinantes sociais, então o acesso aos medicamentos é apenas um dos fatores que condicionam o ser humano a ter um estado pleno de saúde. Contudo, a OMS ressalta que, “ainda que os produtos farmacêuticos, por si só, não sejam suficientes para proporcionar uma atenção à saúde adequada, em verdade desempenham uma importante função na proteção, conservação e recuperação da saúde” (OMS, 1978).

Assim, “reconhece-se, com toda generalidade, que os medicamentos devem ser considerados como ferramentas essenciais para a assistência à saúde e para a melhoria da qualidade de vida” (id.). Desta forma, “os medicamentos são apontados como um importante indicador de qualidade dos serviços de saúde, posto que o abastecimento regular na rede pública é considerado um dos elementos que interferem na efetividade de um programa de saúde” (MSH, 1997, *apud.* OLIVEIRA, 2007).

Face à importância terapêutica dos medicamentos, a OMS reitera que o “acesso aos mesmos é parte do cumprimento do direito fundamental à saúde [...], e todos os países têm que trabalhar até a consecução de um acesso **equitativo** [...] aos medicamentos” (OMS 2004, *tradução nossa*).

2.2.2 Acesso Polarizado.

Considerando que a “equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos” (OMS, 2011) e que nesta afirmação está implícito que o acesso equitativo aos medicamentos é condição indispensável para que todos os seres humanos desfrutem de uma saúde plena, esperar-se-ia que toda a população tivesse acesso a esta opção terapêutica de acordo, a priori, com a sua *necessidade terapêutica*. No entanto, o acesso aos medicamentos é extremamente polarizado. De acordo com OMS, ainda que o acesso tenha aumentado consideravelmente (de 2.100 milhões, em 1977, para 3.800 milhões, em 1997), “nem todo o mundo tem se beneficiado na mesma medida do melhoramento da prestação de serviços de atenção à saúde [...], nem dos tratamentos com medicamentos essenciais” (OMS, 2004, *tradução nossa*).

“Aproximadamente 15% da população mundial consome mais do que 90% de toda a produção farmacêutica” (OMS, 2002). Segundo a organização internacional

Médicos Sem Fronteiras (MSF), 20% da população dos países desenvolvidos, notadamente América do Norte, Europa e Japão, são responsáveis por cerca de 80% do consumo mundial de medicamentos existentes no mercado (MSF, 2002), sendo 75% consumido, principalmente, nos Estados Unidos, Japão, Alemanha, França, Itália e Reino Unido (id.). De outra forma, “cerca de dois bilhões de pessoas não possuem acesso regular a medicamentos essenciais” (OMS, 2002). Isto implica em um consumo per capita extremamente desigual, variando de cerca de US\$ 400,00/ano, em países desenvolvidos, a US\$ 4,00/ano, em países em desenvolvimento (OPAS, 2005). Desse modo, observa-se a “existência de perversidades quando são consideradas as opções terapêuticas em suas relações com os mercados considerados potencialmente mais lucrativos para a indústria farmacêutica” (MSF, 2002).

Esses dados evidenciam que o discurso da indústria farmacêutica, apresentando os medicamentos sintéticos como sendo a solução para a maioria das doenças e um benefício para a humanidade, está distante de ser real em sua plenitude. Conforme anunciou a indústria farmacêutica, atualmente inúmeras doenças podem ser prevenidas, atenuadas ou curadas com uso de medicamentos sintéticos, *mas o acesso a estes medicamentos está concentrado em favor de pessoas e governos que tem maior poder econômico.*

Esse cenário alarmante é uma evolução natural do setor farmacêutico, diretamente relacionado com o modelo econômico capitalista no qual está ancorada a indústria farmacêutica – voltado fundamentalmente para a busca de lucros expressivos. *Trata-se, portanto, de um modelo que beneficia, economicamente, apenas uma minoria (conforme será explicitado posteriormente) que produz e comercializa os medicamentos e, terapeuticamente, outra minoria que tem condições de comprá-los.*

2.2.3 Maiores Lucros para a Indústria Farmacêutica, menor Acesso para a População.

“Acesso é definido como o grau de ajuste entre os recursos de saúde ofertados e a população e suas necessidades” (LUIZA, 2003). Segundo Hunt e Khosla (2008), o acesso aos medicamentos tem quatro dimensões básicas, a saber: 1) os medicamentos *devem ser acessíveis em todas as partes do país;* 2) *os medicamentos devem ser economicamente acessíveis para todos, inclusive para aqueles grupos mais*

empobrecidos da sociedade; 3) *os medicamentos devem ser acessíveis de maneira que não estejam sujeitos a discriminações* com base em qualquer um dos parâmetros proibidos de diferenciação, tais como sexo, raça, etnia e *status socioeconômico* e; 4) *informações confiáveis sobre medicamentos devem ser acessíveis aos pacientes e profissionais de saúde*, a fim de que eles possam tomar decisões bem fundamentadas e utilizar os medicamentos de forma segura.

Ao longo do presente trabalho se observará uma forte interdependência entre essas quatro dimensões do acesso. A nosso ver, o acesso restrito aos medicamentos (contrapondo a dimensão 2), em função de seu *preço elevado*, implica em sua concentração discriminatória em favor de pessoas e governos com maior poder econômico (contrapondo a dimensão 3) e, dentre outros fatores, como não há uma uniformidade econômica dentro de um país, nem todas as suas partes acessam os medicamentos como determina a legislação vigente (contrapondo a dimensão 1). Não obstante, já que a atividade da indústria farmacêutica está norteada prioritariamente para o alcance de lucros (*como enfatiza-se a seguir*), muitas informações sobre os medicamentos são omitidas e várias informações divulgadas são manipuladas para atenderem aos interesses econômicos da indústria farmacêutica, mesmo que isso represente problemas para a saúde da população. Seja pela omissão de informação, seja pela divulgação de informações falsas sobre os medicamentos, constata-se um antagonismo em relação ao que estabelece a quarta dimensão do acesso.

Observa-se que no cerne dessas problemáticas está o ***elevado preço dos medicamentos***, o qual é necessário para que a indústria farmacêutica alcance seu objetivo primordial, isto é, alcançar sucessivamente maiores lucros – conforme impõe o paradigma capitalista de “desenvolvimento”.

Trata-se de um paradigma antagônico às próprias leis naturais. “A natureza, como se sabe, orienta-se pelo princípio da homeostase” (BRANCO, 1989, *apud*. CAVALCANTI, 1994), o que garante “a capacidade dinâmica dos ecossistemas de consertarem seus desvios do equilíbrio mediante processos naturais preservadores da complexa rede de ciclos biogeoquímicos que sustentam a vida no planeta” (CAVALCANTI, 1994). Já “o capitalismo caracteriza-se por se orientar pela racionalidade econômica, em detrimento de outras racionalidades” (STAHEL, 1994). Desta forma, conforme enfatiza o mesmo autor através da ótica termodinâmica,

enquanto a lei da entropia aponta para os limites materiais e energéticos, o capital aponta para uma necessidade inerente de expansão infinita. Enquanto a entropia aponta para uma questão qualitativa, o desenvolvimento do capitalismo é orientado e sancionado pelas regras quantitativas do mercado. Enquanto a vida se afirma frente à entropia buscando equilíbrios qualitativos, a lógica do capital se manifesta pela busca constante da ruptura dos equilíbrios qualitativos, orientada pela busca de expansão quantitativa do capital.

Assim, no modelo capitalista o lucro é considerado ilimitado e, em função das dinâmicas de mercado, deve ser alcançado o mais rápido possível e, geralmente, de qualquer forma, mesmo que isso represente implicações prejudiciais do ponto de vista social, ambiental, econômico e cultural. **No que tange o setor da saúde, o baixo acesso aos medicamentos, motivado pela ação predatória do modelo capitalista de desenvolvimento, representa, para aqueles que se beneficiam deste paradigma, apenas “efeitos adversos” toleráveis, se confrontados à importante “eficácia” dos lucros que os sustentam.**

Vários fatores consubstanciam a afirmação de que, para a indústria farmacêutica, garantir o mais alto nível de saúde para todos é muito subjacente à sua “necessidade” de crescer economicamente. Dentre os fatores, destacam-se: a insensibilidade ao preço dos medicamentos; a supervalorização econômica das inovações; a produção de medicamentos supérfluos; a produção de medicamentos com eficácia e segurança muito semelhante aos já disponíveis no mercado; a comercialização, em alguns casos, de medicamentos de baixa qualidade; a falta de investimento em pesquisas voltadas para o desenvolvimento de medicamentos destinados ao tratamento de determinadas doenças (doenças negligenciadas) cujo faturamento não seria expressivo; a interrupção da produção de medicamentos que propiciam receitas abaixo dos lucros esperados, mesmo que isso represente problemas para o setor de saúde; a resistência da indústria farmacêutica às iniciativas governamentais voltadas para a produção de medicamentos ainda sob proteção patentária, mas de interesse para saúde pública nacional; a tentativa de prorrogação das patentes – impedindo que se produzam medicamentos genéricos com preços mais acessíveis. Somam-se ainda dois importantes fatores – a *proteção patentária* e o *estímulo para o uso irracional*, conforme se explicita a seguir:

- Proteção Patentária

A Organização Mundial do Comércio (OMC) é considerada a “única organização internacional que estabelece normas comerciais em nível mundial com efeitos vinculantes para seus Membros” (CDH, 2007). Logo, o *Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual* (na sigla em inglês, TRIPS), firmado em 1995 pelos países integrantes da OMC, não é recomendatório, mas sim obrigatório e, por isso, tem que ser incorporadas no arcabouço legal dos países (HASENCLEVE et. al., 2010). No caso do Brasil, este acordo foi incorporado ao arcabouço legal através da Lei 9.279/96, que ampliou o patenteamento para todos os campos do conhecimento, incluindo a área farmacêutica (id.).

“A essência do regime de propriedade intelectual é garantir ao inventor uma recompensa pela invenção, assim como a oportunidade de recuperar o investimento na pesquisa que o levou à invenção” (NWOBIKE, 2006). “O argumento em defesa desta regra de patentes segue uma lógica que em princípio favorece o interesse público porque estimula as inovações (MARQUES, 1999)”. Todavia, as patentes afetam a promoção da saúde pública (NWOBIKE, 2006), principalmente através do impacto no acesso a medicamentos (HASENCLEVE et. al., 2010; NWOBIKE, 2006; MARQUES, 1999), mediante duas formas principais, ambas diretamente relacionadas ao monopólio exercido pelas empresas detentoras das patentes. Analisando a problemática do acesso às especialidades farmacêuticas antirretrovirais no Brasil, Hasencleve e colaboradores (2010) expõem, como exemplo, duas formas através das quais o monopólio de medicamentos pode inviabilizar o acesso aos mesmos, a saber: dificultando o desenvolvimento de iniciativas governamentais voltadas para a produção e/ou compra de medicamentos a preços mais acessíveis (*ver adiante*); favorecendo a imposição de preços abusivos (*ver adiante*). De acordo com Nwobike (2006),

as patentes de medicamentos que concedem direitos exclusivos aos titulares das mesmas permitem que se cobre ágio sobre e acima dos custos marginais de produção, o que torna os medicamentos patenteados mais caros e acessíveis a menos clientes em comparação com produtos similares produzidos em ambiente competitivo – sem proteção de patente – em outros países.

A diferença observada entre o preço do medicamento fluconazol na Índia, Malásia e Indonésia é um exemplo que evidencia explicitamente os preços abusivos de medicamentos patenteados. Enquanto “este medicamento custa 55 dólares na Índia,

onde não é protegido por patente, e 697 dólares na Malásia, 703 dólares na Indonésia e 817 dólares nas Filipinas, onde existe a proteção por patente” (id.).

Não obstante, em muitos casos, ocorre no mercado farmacêutico a imposição de obrigações ainda mais rígidas que as estabelecidas no acordo TRIPS (HUNT e KHOSLA, 2010), a partir de acordos bilaterais ou multilaterais entre as indústrias farmacêuticas e os Estados Nacionais e/ou entre “os Estados Nacionais entre si, bem como a partir da própria legislação nacional de cada país” (HENSENCLEVE, 2010). Trata-se de acordos denominados *TRIPS-plus*, que, em geral, impedem os Estados Nacionais de utilizem as flexibilizações existentes no próprio acordo TRIPS, tais como a compra paralela e a emissão de licença compulsória.

- O desenvolvimento de estratégias de Marketing voltadas para o uso irracional

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), *uso racional de medicamentos* é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2001).

Como a utilização de medicamentos de forma racional representaria uma menor demanda por medicamentos e, por conseguinte, diminuiria os lucros dos laboratórios farmacêuticos, então estes se munem de estratégias capazes de estimular, explicitamente ou de forma mascarada, exatamente o contrário, ou seja, o uso irracional.

Neste contexto, segundo Aquino (2008), a OMS alerta que a nível mundial:

- 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente;
- 50% dos consumidores compram medicamentos para um dia de tratamento.
- 75% das prescrições com antibióticos são errôneas e 2/3 dos antibióticos são usados sem prescrição médica em muitos países. Como uma das consequências está a constante resistência da maioria dos microorganismos causadores de enfermidades infecciosas prevalentes.

No contexto brasileiro, 35% dos medicamentos adquiridos são por meio da automedicação (id.) e “aproximadamente um terço das interações ocorridas no país tem como origem o uso incorreto de medicamentos” (id.). Estatísticas do Sistema

Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINTOX) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) revelam que os medicamentos respondem por 27% das intoxicações no Brasil, e 16% dos casos de morte por intoxicações (id.). Além disso, em nível internacional, “os hospitais gastam de 15% a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso de medicamentos” (WHO, 1999).

Portanto, “ter acesso à assistência médica e a medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os maus hábitos prescritivos, as falhas na dispensação, a automedicação inadequada podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros” (ARRAIS et. al., 2007). Nesta conjuntura os medicamentos já não desempenham mais sua função social, tornam-se apenas mercadorias a serviço dos objetivos econômicos dos empresários.

“As pressões sociais as quais estão submetidos os prescritores, a estrutura do sistema de saúde e o marketing farmacêutico são habitualmente citados como fatores envolvidos nessa problemática” (DALL’AGNOL, 2004). Com relação ao marketing, entre as muitas estratégias que favorecem o uso irracional dos medicamentos estão: a visita aos consultórios médicos, exaltando possíveis vantagens de um determinado medicamento em relação aos já utilizados na prática clínica, mesmo quando ainda não existem evidências clínicas a este respeito; o pagamento de comissão para balconistas, farmacêuticos, médicos e gestores públicos – influenciando no padrão da terapêutica utilizada; o desenvolvimento de propagandas diretas ao consumidor, sobretudo nas emissoras de televisão, quando se trata de medicamentos isentos de prescrição médica; o financiamento de pesquisas que conferem falsa eficácia ou segurança às especialidades farmacêuticas; o lobby junto a políticos, voltado para a aprovação, reprovação ou modificação de políticas públicas, de acordo com os interesses da indústria farmacêutica.

Analisando todas essas problemáticas apresentadas, conclui-se que se para os profissionais da saúde o medicamento é (ou deveria ser), em princípio, um *recurso terapêutico*, para a indústria farmacêutica ele é, a priori, uma *mercadoria*. Barros (1983) enfatiza que

no momento mesmo em que se instaura a quimiossíntese em um contexto capitalista de produção, os medicamentos assumem a conotação de uma mercadoria com a necessidade implícita de ser consumida em quantidade e qualidade crescentes. Neste sentido, o

medicamento assume um importante e duplo papel ao satisfazer a um só tempo interesses do capital e do médico.

Como na dualidade “*recurso terapêutico-mercadoria*” a conotação dos medicamentos enquanto mercadorias é hegemônica para a poderosa indústria farmacêutica capitalista, tem-se observado como consequência ganhos expressivos com a venda de medicamentos e, por conseguinte, o crescimento e fortalecimento desta indústria. Mesmo em um período de intensa instabilidade no mercado mundial, “um relatório setorial produzido em 2007 pela empresa de consultoria Pricewaterhouse Coopers, estima que em 2020 o faturamento mundial do mercado farmacêutico será o dobro do volume financeiro atual, ultrapassando a impressionante cifra de US\$ 1 trilhão” (VALDUGA, 2009). Atualmente, “o crescimento da indústria farmacêutica tem ocorrido principalmente nos mercados emergentes, com previsões de 11% a 16% segundo o IMS Health, enquanto que mercados mais consolidados, como Estados Unidos e Europa, deverão apresentar taxas inferiores a 3% ao ano” (PIERONI et. al., 2012).

De acordo com o IMS Health (2012), a exemplo de outros países emergentes como a Índia, o mercado farmacêutico brasileiro encontra-se em ampla expansão (*Gráfico 1*). No ranking dos maiores mercados farmacêuticos (*Quadro 1*), o país passou da décima posição no ano de 2005 para a sétima posição em 2010, com um mercado avaliado em cerca de R\$ 62 bilhões. A previsão para 2015 é um mercado de R\$ 110 bilhões, o que propiciará ao Brasil transitar para a sexta posição – ficando a frente de países como Espanha, Itália e Reino Unido.

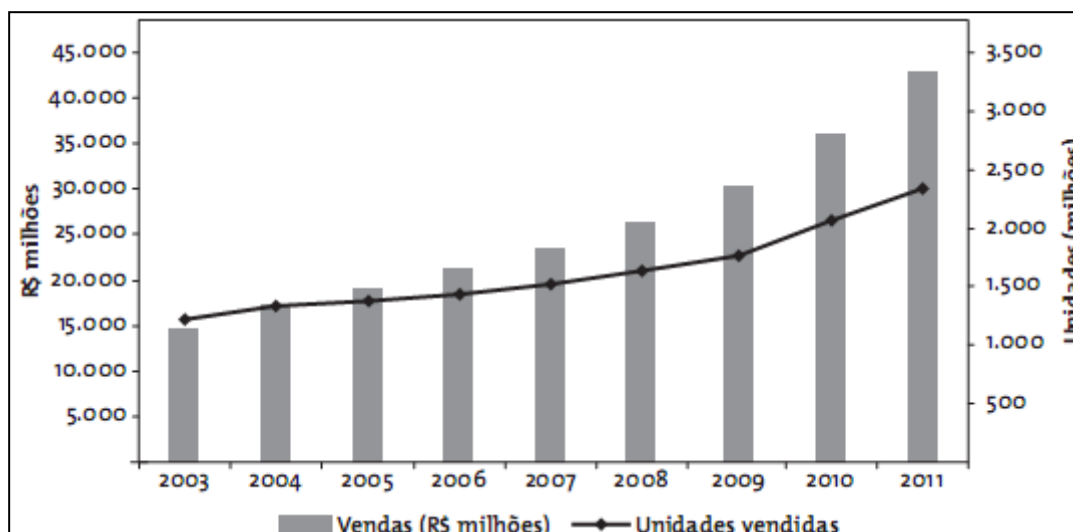


Gráfico 1 – Mercado Farmacêutico Brasileiro (2003-2011).

Fonte: Pieroni e colaboradores (2012).

Quadro 1 – Maiores mercados farmacêuticos mundiais.

	Ranking 2005	Ranking 2010	Ranking 2015
1	Estados Unidos	Estados Unidos	Estados Unidos
2	Japão	Japão	Japão
3	França	China	China
4	Alemanha	Alemanha	Alemanha
5	Itália	França	França
6	Reino Unido	Itália	Brasil
7	Espanha	Brasil	Itália
8	Canadá	Espanha	Índia
9	China	Canadá	Espanha
10	Brasil	Reino Unido	Rússia
11	México	Rússia	Canadá
12	Austrália	Índia	Reino Unido
13	Coréia do Sul	Austrália	Venezuela
14	Turquia	México	Turquia
15	Índia	Coréia do Sul	Coréia do Sul
16	Rússia	Turquia	Austrália
17	Holanda	Polônia	México
18	Bélgica	Holanda	Argentina
19	Polônia	Bélgica	Polônia
20	Grécia	Grécia	Bélgica

Fonte: Campbell (2011), apud. Pieroni e colaboradores (2012).

Associado à elevação dos gastos com medicamentos, esperar-se-ia que houvesse um considerável impacto positivo no setor de saúde, de modo a “justificar” esse fenômeno. Entretanto, isso não ocorre necessariamente. Contandriopoulos (2010), valendo-se de dados de 2004 referentes aos recursos financeiros aplicados pelo poder público no setor de saúde (onde, obviamente, os medicamentos estão entre os principais gastos), atenta que “o Japão com gastos aproximados de 8,25% do Produto Interno Bruto (PIB) com saúde apresenta uma esperança de vida ao nascer de 82,2 anos, enquanto os Estados Unidos, com um gasto em saúde de aproximadamente 15,4% do PIB, a esperança de vida ao nascer corresponde a 77,6 anos”.

2.2.4 Polarização do Faturamento gerado pelo segmento de medicamentos sintéticos.

Para Angel (*apud.* VARGAS et. al., 2010, *grifo nosso*), **a concentração industrial, o aumento do consumo e a elevação dos preços** são os sustentáculos que propiciaram o crescimento da indústria farmacêutica a partir de meados da década de 1980. Oliveira (2007) reitera que mesmo os medicamentos sendo indispensáveis para a sociedade e seu acesso se configurar como uma questão de estado, sua produção tem sido capturada por poucas empresas privadas, líderes, de grande porte, que atuam de forma globalizada em segmentos específicos (classes terapêuticas). Este domínio teve início nos anos 80 com a fusão dos maiores laboratórios do mundo, voltado para o desenvolvimento de estratégias de diferenciação de produtos (OLIVEIRA, 2007; Angel *apud.* VARGAS et. al., 2010). De acordo com Fiuza e Lisboa (2001),

mesmo considerando a baixa concentração desse mercado, tal característica não impede que entendamos a indústria farmacêutica inserida em um mercado monopolístico ou mesmo oligopolístico. A diferenciação de produtos proporciona posições de monopólio e oligopólio, pois se torna comum a obtenção de ganhos extras com taxas de rendimento de capital superiores à média da maioria dos demais setores da economia.

Logo, além do acesso polarizado aos medicamentos, ocorre, também, uma grande concentração dos ganhos alcançados com a venda dos mesmos. Em 2006, as dez maiores empresas detinham aproximadamente 41% do faturamento do mercado farmacêutico mundial (*Tabela 1*).

Tabela 1 – Participação das dez maiores indústrias farmacêuticas em 2006.

Ranking	Companhia	US\$ (Bilhões)	
		Global	% do mercado
1	Pfizer	45,08	7,01
2	GlaxoSmithKline	37,00	5,75
3	Sanofi-Aventis	35,64	5,54
4	AstraZeneca	25,74	4,00
5	Novartis	23,53	3,66
6	Merck	23,43	3,64
7	Johnson & Johnson	23,27	3,62
8	Roche	19,30	3,00
9	Wyeth	15,68	2,44
10	Eli Lilly & Co.	14,82	2,30

Fonte: CONTRACTPHARMA (2008), *apud*. Calixto e Siqueira Júnior (2008).

Quanto ao cenário nacional, Pieroni e colaboradores (2012) constataram que o mercado farmacêutico brasileiro foi significativamente alterado nos últimos anos, com uma crescente participação das indústrias nacionais (*Gráfico 2*).

As empresas de capital nacional que, em 2003, respondiam por 33,5% do valor das vendas de medicamentos, em 2011, já haviam aumentado sua participação para 47%. Quanto às unidades vendidas, a participação já alcança 54,6%. Enquanto em 2003 o Grupo Aché era a única empresa nacional entre as dez maiores farmacêuticas operando no Brasil [...], no fim de 2011 já existiam quatro empresas nacionais entre as dez maiores. São elas: Grupo EMS, Grupo Hypermarcas, Grupo Aché e Eurofarma (id.)

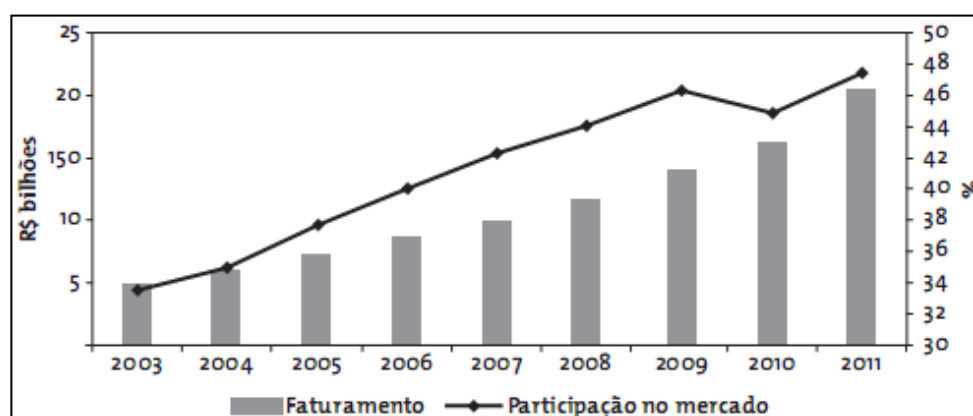


Gráfico 2 – Laboratórios de Capital Nacional e participação no mercado brasileiro (2003-2011).

Fonte: Pieroni e colaboradores (2012).

É importante atentar, no entanto, que de forma análoga ao que se tem observado no cenário mundial, o mercado farmacêutico brasileiro também é significativamente polarizado – tem crescido muito, mas este crescimento é significativo para poucos laboratórios. Dados de 2007 (*Tabela 2*) denotam que os 20 principais laboratórios atuantes no Brasil detinham aproximadamente 64% do faturamento nacional da indústria farmacêutica.

Tabela 2 – Principais Indústrias Farmacêuticas atuantes no Brasil (até junho de 2007).

Ranking	Companhia	US\$ (milhões)	% do mercado
1	EMS Pharma*	767,4	6,89
2	Sanofi-Aventis	723,9	6,50
3	Aché*	627,1	5,63
4	Medley	610,8	5,48
5	Novartis	485,5	4,36
6	Pfizer	395,3	3,55
7	Eurofarma*	379,9	3,41
8	Bayer Schering Ph.	365,0	3,28
9	Boehringer Ing	297,8	2,67
10	Nycomed Pharma	269,8	2,42
11	Jansen Cilag	261,9	2,35
12	Dorsay Monange Ind. Ftca.*	247,8	2,22
13	Roche	245,8	2,21
14	AstraZeneca	226,3	2,03
15	Mantecorp IQ Farm.*	225,2	2,02
16	Biolab-Sanus Farma*	198,5	1,92
17	Merk Sharp Dhome	198,5	1,78
18	Merck	192,6	1,73
19	Bristol Myer Squib	188,1	1,69
20	GlaxoSmithKline	177,5	1,59

Fonte: IMS Helt (2007).

*Empresas nacionais.

Esta concentração é ainda mais evidente quando se considera o setor de medicamentos genéricos, que de acordo com Pieroni e colaboradores (2012) “ao fim de 2011, estava concentrado em torno de cinco empresas, que, em conjunto, detinham 82%

de participação de mercado: Medley, Grupo EMS, Eurofarma, Grupo Hypermarcas (Neoquímica) e Grupo Aché”. Com exceção da Medley, todos os demais laboratórios são nacionais, demonstrando que um número reduzido de laboratórios nacionais concentram a maior parcela do faturamento do mercado nacional de genéricos. Portanto, conforme concluem Queiroz e Vasconcelos (2008), “a regulamentação dos medicamentos genéricos, no Brasil [...], afetou significativamente o cenário competitivo e o desempenho econômico das empresas farmacêuticas, nacionais e internacionais”.

É mister salientar que a concentração do faturamento da indústria farmacêutica tende a se intensificar nos anos subsequentes, em função das constantes fusões ou aquisições que têm ocorrido no mercado farmacêutico. Cabe atentar que este processo de intensificação de fusões/aquisições tende a aumentar devido ao crescimento dos mercados emergentes, que tem atraído investimentos dos laboratórios de maior porte e, ainda, porque os altos custos com PD&I têm motivado as fusão/aquisições dos laboratórios farmacêuticos na perspectiva de evoluírem para um porte que os possibilite alcançar lucros em escala e, dessa forma, aumentar progressivamente sua participação no mercado. Capanema (2006) reitera que “empresas nacionais têm manifestado publicamente suas intenções de se associarem”. “Caso essa tendência se concretize em médio prazo, o país contará com empresas nacionais com porte suficiente para atuarem com mais autonomia nesse mercado” (id.), mas o preço dos medicamentos tende a ser maior e mais estável em função da menor concorrência no mercado, o que inviabiliza um acesso universal e equitativo aos medicamentos.

Outro fator que aponta para o aumento da concentração econômica no mercado farmacêutico foi a criação, em 2012, do *Grupo FarmaBrasil* – associação que se propõe a discutir políticas públicas de saúde junto ao Governo Federal (SINDUSFARMA, 2012), defendendo, obviamente, os interesses de suas poucas companhias farmacêuticas associadas (Aché, Biolab, Cristália, Libbs, EMS, Hypermarcas, Hebron, Eurofarma e União Química), que juntas representam 36% do mercado farmacêutico nacional e 53% do segmento de genéricos” (id.). “Essas empresas pretendem criar uma agenda que permita transformar o país em um importante polo de inovação da indústria farmacêutica global, com foco em drogas sintéticas avançadas, fitoterápicas, além dos medicamentos biotecnológicos de primeira e segunda geração, em linha com as políticas do governo” (id.).

2.3 Iniciativas do Governo Brasileiro na perspectiva de garantir o acesso equânime aos medicamentos.

Em sintonia com a OMS, a legislação brasileira vigente também reconhece a importância fundamental dos medicamentos para o serviço de saúde. A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, tem dentre suas diretrizes a “integralidade de assistência – entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). No que tange a integralidade da assistência à saúde, a Lei 8.080, em seu artigo 6º, inciso I, estabelece que se inclui no campo de atuação do SUS, também, “a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (id.). Logo, “o direito à saúde, instituído pela constituição brasileira, evidencia os medicamentos como componentes essenciais e estratégicos, sujeitos à influência de muitos fatores que vão de aspectos relacionados ao seu desenvolvimento até o uso na terapêutica” (LEITE et. al., 2008).

Nesse prisma, o Governo Brasileiro tem utilizado diferentes mecanismos na perspectiva de garantir à população o acesso integral, universal e equitativo aos medicamentos, conforme estabelece a legislação vigente. Dentre as iniciativas, estão: a produção de medicamentos em laboratórios públicos; a emissão de licença compulsória; o co-financiamento; a distribuição gratuita de medicamentos; o controle de preços através da Câmara Reguladora de Medicamentos (CMED). Além destas iniciativas se destacam outras três, quais sejam:

2.3.1 O incentivo para o Uso Racional.

Como visto anteriormente, o uso irracional de medicamentos é uma prática extremamente danosa tanto para a saúde da população, quanto para as finanças do governo e/ou dos usuários. No Brasil, o uso incorreto de medicamentos deve-se comumente a “polifarmácia, uso indiscriminado de antibióticos, prescrição não orientada por diretrizes, automedicação inapropriada e desmedido armamentário terapêutico disponibilizado comercialmente” (BRASIL, 2012) – ressaltando que muitas destas práticas errôneas relacionam-se com o *marketing* efetuado pela indústria farmacêutica.

Os problemas resultantes dessa prática se tornaram tão preocupantes que, em 2007, o Governo Brasileiro criou o *Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos*, por meio da Portaria nº 1.555/07, que no inciso IV do artigo 2º estabelece como sendo uma das competências deste comitê, em interface com outros órgãos e instâncias do Ministério da Saúde e em parcerias, entidades ou instituições afins, “contribuir, por meio da Promoção do Uso Racional de Medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes” (BRASIL, 2007b).

“O processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, presentes na sociedade brasileira, são fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos” (BRASIL, 2001). Conforme já citado, no Brasil, “aproximadamente um terço das internações ocorridas tem como origem o uso incorreto de medicamentos [...], os medicamentos respondem por 27% das intoxicações, e 16% dos casos de morte por intoxicações” (AQUINO, 2008). E de acordo com Zargarzadeh (2007), 92% dos casos de problemas com medicamentos no âmbito secundário e terciário da saúde podem ser prevenidos.

“Visto que os medicamentos se apresentam como um dos fatores responsáveis pelos gastos com saúde, a questão de sua utilização de modo adequado nunca esteve tão presente no cotidiano da população” (MELO et. al., 2006). O incentivo para o uso racional dos medicamentos, nesse contexto, além de propiciar ao paciente o sucesso com a terapia medicamentosa planejada (quando necessária), possibilita, também, uma maior prevenção de problemas, inclusive econômicos (diretos e indiretos), relacionados ao uso desnecessário ou inadequado dos mesmos.

“Há uso racional de medicamentos, quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade” (OMS, 1985, *apud.* BRASIL, 2007c), soma-se ainda a necessidade de o paciente entender o planejamento terapêutico proposto, bem como aderir fielmente à posologia recomendada pelo profissional competente. Para isso, como propõe a PNM, “é necessário a reorientação das práticas que estimulam a automedicação e o desenvolvimento de um processo educativo, tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário” (BRASIL, 2001).

Nesta conjuntura, o Governo Brasileiro tem implementado inúmeras iniciativas voltadas para garantir o uso racional dos medicamentos e prevenir, assim, os problemas de saúde e econômicos resultantes do seu uso irracional, dentre elas estão:

- *a publicação e atualização da RENAME (ver adiante);*
- *a publicação de protocolos clínicos; as publicações dos Boletins Brasileiros de Avaliação de Tecnologia em Saúde (BRATS) e dos Boletins Saúde e Economia – que auxiliam os profissionais da saúde e os gestores a decidirem qual a melhor terapia farmacológica a ser empregada considerando, por exemplo, o custo e a efetividade dos diferentes medicamentos disponíveis;*
- *a efetivação de programas de qualificação profissional (como o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica, Qualifar-SUS, lançado em 2012);*
- *a regulação da propaganda comercial;*
- *a restrição da venda de algumas classes terapêuticas (são exemplos a restrição da venda, em 2011, dos antimicrobianos e do anorexígeno sibutramina);*
- *a necessidade de receituário especial para determinadas classes de medicamentos (RDC 344/98);*
- *a retirada de medicamentos falsificados, ineficazes, inseguros e/ou com desvio de qualidade (como exemplo estão os anorexígenos femproporex, mazindol e anfepramona – retirados do mercado farmacêutico brasileiro em 2011 em função de seu uso trazer mais riscos que benefícios durante o tratamento da obesidade, segundo a análise da ANVISA);*
- *a proibição da venda de medicamentos em estabelecimentos não farmacêuticos (cita-se como exemplo o recente veto presidencial de parte do Projeto de Lei de Conversão 7/2012, oriundo da Medida Provisória 549/2011, veto este que impediu a venda de medicamentos isentos de prescrição em supermercados, armazéns, empórios, lojas de conveniência e similares);*
- *a crescente regulamentação estabelecendo a necessidade da inserção de profissionais farmacêuticos em farmácias, drogarias e programas de saúde.*

2.3.2 A elaboração da RENAME.

“A adoção de uma Relação de Medicamentos Essenciais tem como objetivo racionalizar a aquisição e distribuição dos medicamentos, de modo que aqueles que realmente sejam necessários estejam disponíveis para a população” (FERNANDES, 2004). Segundo o mesmo autor, a OMS aponta como vantagens resultantes da elaboração de uma RENAME: maiores competições nos preços, fruto da aquisição de poucos medicamentos em grande quantidade; maior facilidade para se alcançar a garantia de qualidade, armazenamento, distribuição e dispensação e; “o aperfeiçoamento dos profissionais da saúde envolvidos no ciclo de assistência farmacêutica, porquanto podem ganhar mais experiência com poucos medicamentos”, o que os tornam mais aptos a reconhecer a farmacodinâmica e a farmacocinética dos medicamentos listados e, assim, facilita-se o “reconhecimento das interações medicamentosas e das reações adversas”.

É importante atentar que “em o seu processo de elaboração, a RENAME é orientada pela saúde baseada em evidências, o que garante rigor metodológico de seleção – que incorpora ou mantém medicamentos com definida efetividade e segurança, ou os exclui por não cumprirem ao longo do tempo estes critérios” (BRASIL, 2010).

O Brasil é um dos países pioneiros na elaboração de listas de medicamentos essenciais. Mesmo antes da recomendação feita pela OMS, em 1977, o Brasil já havia elaborado, em 1964, sua primeira lista, denominada de Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário, que após atualizações foi posteriormente intitulada de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (id.).

A RENAME é atualizada periodicamente, o que é necessário, uma vez que, dentre outros aspectos, esta lista é a referência para a elaboração das listas estaduais e municipais de medicamentos essenciais. A última atualização da RENAME foi publicada no dia 29 de março de 2012, através da Portaria 533. Esta edição soma um total de 810 itens, o que representa um aumento considerável do número de itens em relação à RENAME de 2010, que totalizava 550 itens, isto se deve ao fato de a nova RENAME não se limitar aos medicamentos da atenção básica, de modo que inclui, também, os medicamentos de uso ambulatorial (entre eles, insumos e vacinas) e ainda os medicamentos utilizados no tratamento de doenças raras. Assim, diferente do que ocorrera nas edições anteriores, não se considerou na edição de 2012 apenas os

medicamentos utilizados para os agravos à saúde mais recorrentes, mas, também, outras especialidades que são importantes, por exemplo, para prevenir doenças, como é o caso das vacinas – que são também *essenciais* para o setor de saúde.

A RENAME é, portanto, uma das principais ferramentas de auxílio constante aos profissionais de saúde e aos gestores na tomada de decisão quanto à escolha da melhor opção farmacológica a ser empregada no sistema de saúde, que não necessariamente é a menos dispendiosa. Além disso, a OMS ressalta que “selecionar medicamentos essenciais é fundamental para o estabelecimento de uma Política Nacional de Medicamentos, uma vez que contribui para a equidade no acesso e auxilia no estabelecimento de prioridades para o sistema de saúde” (WHO, 2001).

2.3.3 O incentivo para o desenvolvimento da indústria nacional de Genéricos.

De acordo com Queiroz e Vasconcelos (2008), a introdução dos genéricos na terapêutica com o conceito de intercambiabilidade, ou seja, com a obrigação de que os medicamentos comercializados como genéricos comprovassem o mesmo efeito terapêutico que os medicamentos de referência, podendo, desta forma, substituí-los com a mesma eficácia e segurança, trouxe um grande estímulo para que laboratórios privados desenvolvessem um modelo de negócios baseado em imitação, com eficiência e competitividade de custos. Estes foram alguns dos fatores que sustentaram a inserção dos genéricos no mercado brasileiro e têm favorecido o impressionante crescimento do faturamento das empresas produtoras (sobretudo as nacionais), que, a propósito, tende ser ainda maior nos anos subsequentes em função do vencimento das patentes de importantes medicamentos utilizados mundialmente e de investimentos públicos e privados destinados a aumentar o portfólio e a capacidade produtiva das empresas nacionais.

Gadelha (2003) afirma que a política de apoio à produção de medicamentos genéricos é bem-sucedida no Brasil em função de ter promovido uma articulação entre duas políticas: a política de saúde e a política industrial e de desenvolvimento tecnológico. Do ponto de vista da política de saúde, “os medicamentos genéricos têm sido uma fonte importante para o acesso da população às drogas necessárias ao tratamento e para a redução dos gastos públicos com a compra desses produtos, tanto

por parte do Governo Federal quanto dos Estados e Municípios” (id.). Quanto à política industrial e de desenvolvimento tecnológico, o segmento de genéricos

está representando uma possibilidade de revitalização da indústria local, beneficiando um conjunto de empresas públicas e privadas [...], que estão tendo oportunidade de efetuar esforços de desenvolvimento tecnológico e de articulação com o aparato local de C&T, ao mesmo tempo em que induzem o aumento da competitividade do setor, exercendo uma pressão competitiva sobre as empresas líderes no sentido da redução de preços e de margens de lucro (id.).

Assim sendo, além da importância econômica, produzir medicamentos genéricos é, também, uma importante e necessária ferramenta no sentido de aumentar o acesso da população à terapia farmacológica, sobretudo em um contexto onde os preços dos medicamentos de referência e patenteados inviabilizam o acesso universal, integral e equitativo aos mesmos. No Brasil, enquanto “os medicamentos sob patente representam menos de 1% do consumo e mais de 10% dos gastos com medicamentos, os genéricos representam cerca de 13% do consumo e menos de 8% dos gastos com medicamentos (BRASIL, 2010).

2.4 Acesso Polarizado aos medicamentos sintéticos no cenário nacional.

Embora o Governo Brasileiro reconheça a importância dos medicamentos e tenha desenvolvido iniciativas no sentido de garantir um acesso universal, integral e equânime a esta opção terapêutica, o acesso aos medicamentos no Brasil, a exemplo do que ocorre mundialmente, também está consideravelmente polarizado. Segundo Portela (2010), a iniquidade quanto às condições de vida do povo brasileiro também está refletida no acesso aos medicamentos.

De acordo com Fernandes (2004), a população brasileira vem encontrando algumas barreiras para conseguir efetivar o acesso aos medicamentos. Portela (2010), analisando dados expostos no texto introdutório da PNM sobre o perfil do consumo brasileiro segundo a faixa de renda da população, reitera que o baixo quantitativo de 15% da população com renda superior a 10 salários mínimos consumia 48% do mercado total, enquanto a maioria da população brasileira, representada por 51% com renda inferior a quatro salários mínimos, consumia apenas 16% desse mercado. Isto evidencia que também no cenário nacional o elevado preço dos medicamentos, quando

confrontado ao poder aquisitivo limitado da maior parcela da população, é um dos fatores que determinam a concentração do acesso. Reitera-se que o Brasil situa-se entre os países onde os preços dos medicamentos são os mais elevados – conforme divulgou João Biehl em 2010, durante a Conferência *O Judiciário e o Direito à Saúde*, “**os medicamentos custam, no Brasil, duas vezes mais que na Suécia e até 13 vezes o índice mundial de preços**” (FENAFAR, 2010, *grifo nosso*).

Cabe enfatizar que “os gastos com saúde aparecem em terceiro lugar dentre os gastos familiares” (OLIVEIRA, 2007). “Este fato é ainda mais agravante para as famílias de baixa renda “cujos gastos com medicamentos chegam a representar 61% de sua renda” (id.). Dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) revelam que 51,7% das pessoas que necessitam de tratamento têm dificuldades para obtê-los, por absoluta falta de recursos para sua aquisição” (id.).

“Nesse sentido, a promoção de políticas sociais capazes de expandir essa cobertura e incluir essas populações marginalizadas, constitui um dos grandes desafios no âmbito do SUS e do fortalecimento da equidade social, preconizada na Constituição Federal” (DOS SANTOS, 2001, *apud*. OLIVEIRA, 2007). Assim, conforme se expõem a seguir, ressurge a fitoterapia enquanto importante alternativa para os sistemas oficiais de saúde quando se objetiva a ampliação do acesso da população aos recursos farmacêuticos.

3 FITOTERAPIA – UMA NOVA OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA O SUS E UMA FERRAMENTA PARA O ALCANCE DO DESENVOLVIMENTO LOCAL.

3.1 A potencial importância da Fitoterapia para o SUS.

Ressaltou-se anteriormente que a partir do desenvolvimento dos medicamentos sintéticos as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos perderam importância nos sistemas oficiais de saúde. Todavia, não deixaram de ser importante para a humanidade. Conforme denota Brasil (2006b),

embora a medicina moderna esteja bem desenvolvida na maior parte do mundo, a OMS reconhece que grande parte da população dos países em desenvolvimento depende da medicina tradicional para sua atenção primária, tendo em vista que 80% desta população utiliza

práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas ou preparações destas.

Considerando essa importância da fitoterapia, desde a Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, **a OMS tem recomendado enfaticamente a inserção da fitoterapia, dentre outras práticas tradicionais, nos sistemas oficiais de saúde** (id.). Cabe ressaltar que *eficácia* e *segurança*, obviamente, são aspectos considerados prioritários pela OMS quando reprova ou propõe a inserção de determinada forma terapêutica nos sistemas de saúde mundiais. Portanto, ao recomendar a inserção das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos nesses sistemas, a OMS reconhece, por conseguinte, a potencial eficácia e segurança dessas opções terapêuticas. A este respeito Bhattaram e colaboradores (2002) afirmam que há mais de uma década, os extratos padronizados são introduzidos no mercado internacional com grande sucesso e comprovada eficácia terapêutica. “Após anos de uso, agora estão submetidos às instâncias analíticas sofisticadas, como os testes de biodisponibilidade, para se colocarem em pé de igualdade com outros medicamentos sintéticos” (id.).

Bôas (2004) ressalta que embora a química orgânica, através da síntese, tenha conseguido produzir muitas substâncias bioativas e as técnicas combinatórias tenham expandido o número de compostos disponíveis para teste, ainda permanece relativamente alto o número de produtos naturais e seus derivados entre as drogas mais vendidas no mundo e o interesse por esta fonte voltou a crescer. Isso pode ser observado analisando-se as drogas consideradas básicas e essenciais pela OMS. De acordo com Rates (2001), das 252 drogas, 11% são originárias de plantas e um número significativo são drogas sintéticas obtidas de precursores naturais.

Ainda que a fitoterapia seja mais importante na atenção à saúde nos países em desenvolvimento, a demanda por recursos fitoterápicos é considerável, também, nos países desenvolvidos. Segundo Brasil (2005), nas últimas décadas, o interesse populacional pelas terapias naturais tem aumentado significativamente nos países industrializados e acha-se em expansão o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. Conforme atentam Bhattaram e colaboradores (2002), na Europa,

emerge a opção por um sistema terapêutico paralelo, baseado no uso tradicional das plantas medicinais e seus extratos. Outras doutrinas terapêuticas que se utilizam dos fitoderivados, tais como a medicina tradicional chinesa ou mesmo a ayurvédica, emergem nas últimas

décadas na Europa, compondo o cenário propício para o resgate dos fitoterápicos.

Segundo Bôas (2004), na Alemanha, cerca de 50% dos médicos prescrevem fitoterápicos. Como exemplo cita-se o *Hypericum*, que “se tornou o principal antidepressivo em uso nesse país, uma vez que os estudos científicos sobre a sua atividade farmacológica trouxeram evidências sólidas conhecidas dos médicos europeus” (id.). Da mesma forma que o *Hypericum*, outros gêneros seguiram o mesmo caminho, apresentando fundamentos científicos, confirmando seu uso tradicional, tais como o *Allium*, *Gingko*, *Valeriana*, *Ginseng* (id.).

Neste contexto, o comércio de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos tem crescido em âmbito internacional e esperar-se-ia que o Brasil estivesse ocupando uma posição de destaque nesse cenário. No entanto, conforme já fora ressaltado, embora tenha a maior diversidade genética vegetal do mundo e um amplo conhecimento tradicional, popular e científico sobre o uso de plantas medicinais, o país ainda não se destaca internacionalmente no segmento fitoterápico. Não obstante, o próprio mercado nacional de fitoterápicos é constantemente liderado por indústrias de outros países ou que possuem capital estrangeiro – de acordo com Brasil (2007a), o laboratório de maior representatividade nacional, em 2006, foi o *Altana Pharma*, de capital estrangeiro alemão, com 16,4% das vendas.

Em consonância com as recomendações da OMS e diante do potencial econômico que representa o segmento fitoterápico, o Governo Brasileiro tem implementado iniciativas, sobretudo a partir da década de 80, visando desenvolver o setor da fitoterapia em âmbito nacional. Dentre as muitas iniciativas, estão:

- O *Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais*, implantado em 1982 pela antiga Central de Medicamentos, o qual “objetivou desenvolver uma terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico, por meio do estabelecimento de preparações de uso popular, à base de plantas medicinais” (BRASIL, 2006b).
- A *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*, em 2006, que estimula a inserção das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápico no SUS, dentre outras práticas integrativas e complementares.

- *A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*, em 2006, que incentiva o desenvolvimento do segmento de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.
- *O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*, em 2008, que objetiva inserir, com segurança, eficácia e qualidade, plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia no SUS.
- *A Relação Nacional de Plantas Medicinais de interesse ao SUS (RENISUS)*, em 2009, que é constituída de espécies com potencial para a inserção na cadeia produtiva.
- *A Portaria 886*, em 2010, que institui a *Farmácia-Viva* no âmbito do SUS;
- *O Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira*, em 2011, que registra informações sobre a forma correta de preparo e as indicações e restrições de uso de algumas espécies de plantas medicinais.
- *A inserção de fitoterápicos na RENAME*, que na atualização de 2012 apresenta 11 medicamentos fitoterápicos.

Cabe salientar que mesmo antes dessas iniciativas governamentais mais recentes, já se observava a inserção de recursos fitoterápicos na atenção básica em saúde no cenário nacional. Segundo Brasil (2006c), o levantamento realizado pelo Ministério da Saúde junto a estados e municípios entre os anos de 2004 e 2005, com o intuito de obter informações acerca das experiências com plantas medicinais e/ou fitoterápicos, no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde, demonstrou que existem diversos programas de fitoterapia implantados ou em fase de implantação, em todas as regiões do Brasil. No que se refere ao tempo de atividade dos programas municipais, 41,6% dos programas tinham menos de cinco anos de implantação e 36,8% funcionavam há cinco anos ou mais, sendo que destes, 21,87% estão implantados há mais de 10 anos (id.). Como exemplo, cita-se a implantação do programa de fitoterapia “Verde Vida” na Secretaria de Saúde de Maringá, no ano de 2000. Segundo Ogava e colaboradores (2003), baseando-se em critérios epidemiológicos, na literatura disponível e na adoção do formato de farmácia de manipulação, neste programa foram padronizados os fitoterápicos nas formas de infusão (espíndea-santa, guaco, cavalinha,

hortelã e funcho), gel (própolis e calêndula) e em cápsulas gelatinosas duras (valeriana). Ao longo do tempo o programa foi muito bem aceito e no intervalo de 2000 a 2003 foram dispensados mais de 50.000 unidades de produtos, com destaque à aceitação e eficácia da valeriana, como ansiolítico, dos géis de própolis e calêndula, como antimicrobiano e cicatrizante, da espinheira santa, em gastrites e úlceras, e do guaco como broncodilator e expectorante (id.).

3.2 O Desenvolvimento do Segmento Fitoterápico a partir da ótica do Desenvolvimento Local.

Na busca por “modelos” através dos quais seja possível alcançar o desenvolvimento, duas formas se destacam – o *desenvolvimento polarizado* e o *desenvolvimento local*. Em seguida, expõe-se primeiramente, em linhas gerais, os fundamentos destas diferentes concepções, para em seguida analisar de que forma a perspectiva de desenvolvimento local pode contribuir pra o desenvolvimento da cadeia produtiva de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

De acordo com Cabugueira (2000), a ideia de polarização foi inicialmente introduzida por Francois Perroux, em 1955, quando fez a consideração de que “o crescimento econômico não aparece por toda a parte; manifesta-se em pontos ou polos de crescimento, com intensidades variáveis; expande-se por diversos canais e tem efeitos terminais variáveis no conjunto da economia”.

A constatação de Perroux projetou-se numa proposta que pode apresentar-se nos seguintes termos: se o crescimento econômico acontece de forma desequilibrada, surgindo através de polos que se propagam; **então a promoção do desenvolvimento regional deve passar pela consideração de quais os espaços que reúnem melhores condições para transformar em polos de crescimento** e pelo investimento na constituição desses polos, gerando um processo de crescimento econômico por *difusão* dos efeitos de um determinado investimento concentrado no conjunto da economia” (id., *grifo nosso*).

Esta linha de pensamento pode ser muito interessante, por exemplo, para os municípios A, B e C que concentram, dentro de uma região, determinados fatores materiais e/ou imateriais que os predispõem a alcançarem o desenvolvimento. Todavia, quando se trata dos municípios F e G, situados fora deste polo, essa ótica, além de não interessante para os mesmos, ganha ainda contornos dramáticos, uma vez que o

desenvolvimento de F e G depende, primeiramente, do desenvolvimento do polo formado pelos municípios A, B e C e, posteriormente, de uma possível “difusão”/irradiação de tal desenvolvimento. Trata-se, portanto, de uma ótica exógena de desenvolvimento, onde o local *espera*, talvez angustiada e, quase sempre, ilusoriamente, a chegada do desenvolvimento.

Cabe atentar que, do ponto de vista bioquímico, *difusão* é um processo de transporte de substâncias que se concentram em um meio, para outro meio onde as mesmas estão em menor concentração, através de mecanismos não energéticos. O transporte dos gases carbônico (CO₂) e oxigênio (O₂), nos alvéolos pulmonares, é um exemplo de difusão simples.

Contudo, diferentemente do que acontece com o transporte dos gases CO₂ e O₂ nos alvéolos pulmonares, quando se trata de desenvolvimento (ou das possíveis condições necessárias para alcançá-lo) essa lógica da difusão, além de não acontecer plenamente na maioria dos casos, ela é invertida em outros casos, ou seja, o polo concentra cada vez mais os meios necessários para promover o “desenvolvimento” econômico, sem que haja a difusão para os locais menos desenvolvidos economicamente. Em outras palavras, o transporte ocorre, neste caso, contra um gradiente de concentração. Em termos biológicos, isto só ocorre mediante consumo energético – através do bombeamento efetuado por proteínas de membrana. No entanto, em termos econômicos, nem sempre há necessidade das estruturas situadas no polo de “desenvolvimento” bombearem (logo, energeticamente), por exemplo, mais recursos técnicos e financeiros para o mesmo. O simples fato de o polo ter alcançado o “desenvolvimento” econômico propicia uma canalização – de capital, de pessoas, etc. – para o seu interior, sem que o polo gaste energia para tanto. Segundo Cabugueira (2000),

todos os países, mesmo os que hoje são mais desenvolvidos do ponto de vista econômico e social, conheceram regiões que não acompanharam espontaneamente o fenômeno do crescimento ou expansão econômica que, entretanto, se verificava em zonas vizinhas [...]. A persistência das desigualdades regionais, a consideração dos tempos de crise econômica e dos espaços de crise do desenvolvimento constitui possivelmente o principal elemento de partida para a crítica contemporânea da perspectiva difusionista do desenvolvimento.

Dessa forma, uma perspectiva de desenvolvimento que já nasceu excludente, não conseguiu, até então, diminuir a distância entre os polos antagônicos. A atual concentração dos laboratórios do ramo de fitoterápicos atuantes no Brasil é um exemplo de que selecionar regiões/polos que apresentam fatores predisponentes não garante a difusão do desenvolvimento alcançado nestes polos para regiões não desenvolvidas. Isto pode ser observado analisando-se a disposição geográfica desses laboratórios, de acordo com Brasil (2007a), “apresentou-se com significativa importância a região sudeste, por comportar 85,0% das indústrias produtoras de fitoterápicos”, destacando-se o polo industrial de São Paulo, que concentra 51,0% das indústrias produtoras de medicamentos fitoterápicos do Brasil (id.).

Assim sendo, no contexto da fitoterapia, selecionar polos para o desenvolvimento de plantas medicinais e, sobretudo, medicamentos fitoterápicos pode não possibilitar efetivamente a “difusão”/irradiação do desenvolvimento a partir destes polos. Isto é antagônico com a perspectiva da PNPMF de “enfrentamento das desigualdades regionais existentes em nosso país” (BRASIL, 2007af), utilizando como estratégia o desenvolvimento do setor de plantas medicinais e fitoterápicos (id.).

Mesmo sem advogar a favor desse modelo polarizado, cabe atentar que para ocorrer de fato uma “difusão”/irradiação do desenvolvimento do referido polo formado pelos municípios A, B e C para os municípios F e G, mais que concentração de recursos materiais e imateriais em favor do polo, pensamos que necessitaria, a priori, de um (maior) grau de comprometimento, sobretudo, de A, B e C em relação à F e G, o que seria possível se entre os dois extremos houvesse uma *relação solidária*, de modo que o polo “desenvolvido” economicamente, através de um processo ativo (e não passivo, como é a difusão), “bombeasse” para o polo não desenvolvido as condições necessárias para que este conseguisse alcançar o seu desenvolvimento. Na ausência dessa variável, a tendência é de que os polos não “difundam”/irradiem as teóricas condições necessárias para alcançar o desenvolvimento, pelo contrário, o polariza cada vez mais – o que leva geralmente ao fracasso esta alternativa de se alcançar o desenvolvimento.

Como contraponto ao modelo polarizado, surge uma nova perspectiva para se alcançar o desenvolvimento, que parte de uma ótica endógena, onde se admite que “[...] as localidades dispõem de recursos econômicos, humanos, institucionais, ambientais e culturais, além de economias de escala não exploradas, que constituem seu potencial de

desenvolvimento” (ZAPATA, 2005), trata-se do *desenvolvimento local*, que em consonância com Buarque (1999, *grifo nosso*),

é um processo endógeno [...] capaz de promover o dinamismo econômico e a melhoria da qualidade de vida da população. Representa uma singular transformação nas bases econômicas e na organização social em nível local, resultante da mobilização das energias da sociedade, explorando as suas capacidades e potencialidades específicas.

Segundo Viveiros e Luís (2008), este modelo de desenvolvimento caracteriza-se por um processo de melhoria tanto das condições econômicas, quanto das condições culturais, educativas e sociais das populações “através de iniciativas de base comunitária, de **valorização dos recursos humanos e materiais em ligação privilegiada com as populações locais e as instituições do território** em zonas rurais ou urbanas, no litoral ou interior”.

Desse modo, o desenvolvimento local constitui um processo de transformação da realidade, onde ocorre “a capacitação das pessoas para o exercício de uma cidadania ativa e transformadora da vida individual e em comunidade” (VIVEIROS e LUÍS, 2008). “**É de capital importância, portanto, que os grupos não sejam meros utentes de serviços, mas, atores e autores das práticas de desenvolvimento local**” (id., *grifo nosso*).

Considerando esses aspectos, observar-se dois importantes fatores que propiciam o êxito do desenvolvimento local, quais sejam:

- **A mobilização dos atores locais.** Segundo Buarque (1999), “mesmo quando decisões externas – de ordem política ou econômica – tenham um papel decisivo na reestruturação socioeconômica do município ou localidade, **o desenvolvimento local requer sempre alguma forma de mobilização e iniciativas dos atores locais em torno de um projeto coletivo**”. De outra forma, “o mais provável é que as mudanças geradas desde o exterior não se traduzam em efetivo desenvolvimento e não sejam internalizadas na estrutura social, econômica e cultural local ou municipal, desencadeando a elevação das oportunidades, o dinamismo econômico e aumento da qualidade de vida de forma sustentável” (id.).

- *A Cooperação entre os atores locais e o poder público.* Obviamente, quando a sociedade e o poder público possuem objetivos comuns e suas forças se somam no sentido de concebê-los, aumenta-se a probabilidade de se alcançar tais objetivos. Segundo Castels e Borja (1996, *apud*. BUARQUE, 1999) “as experiências bem-sucedidas de desenvolvimento local (endógeno) decorrem, quase sempre, de um ambiente político e social favorável, expresso por uma mobilização, e, principalmente, de convergência importante dos atores sociais do município ou comunidade em torno de determinadas prioridades e orientações básicas de desenvolvimento”.

Zapata (2005) aponta ainda como importantes eixos de apoio ao desenvolvimento local *a construção de capital social, o fomento adequado aos micro e pequenos empreendimentos e o fortalecimento da governança local*, através da cooperação, da construção de parcerias e da pactuação de atores por um projeto coletivo de desenvolvimento com mais equidade.

Quanto à sustentabilidade do desenvolvimento local, Buarque (1999) considera que todos os esforços desta perspectiva de desenvolvimento têm incorporado, de alguma forma, os postulados do desenvolvimento sustentável, “procurando assegurar a permanência e a continuidade, no médio e longo prazos, dos avanços e melhorias na qualidade de vida, na organização econômica e na conservação do meio ambiente”. Para Freitas (2008) a sustentabilidade do desenvolvimento local está ligada “à elevação das oportunidades sociais, à viabilidade e competitividade da economia local, bem como à participação da sociedade e à conservação dos recursos naturais”.

Em suma, constata-se que o desenvolvimento local, diferentemente do modelo polarizado, preconiza que as condições para o alcance do desenvolvimento de um determinado local (por exemplo, um município ou uma região) não vêm do meio exterior, de modo que os próprios atores locais identificam, no próprio local, suas potencialidades e buscam desenvolvê-las de forma sustentável. No *Quadro 2*, aponta-se as principais características do desenvolvimento local e suas respectivas implicações.

Quadro 2 – Características e Implicações do desenvolvimento local.

Características	Implicações
	- Reconhecimento de que cada região, cada coletividade, tem

Primazia do particular e do específico.	<p>potencialidades e problemas próprios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definição do desenvolvimento como processo múltiplo vindo “de baixo”, e não como resultado de políticas centralizadas e uniformes. - Perspectiva do desenvolvimento como um processo que se baseia na ação dos atores locais e na valorização dos recursos das coletividades.
Predominância da ação e da auto-organização dos atores locais.	<ul style="list-style-type: none"> - Valorização dos atores locais mais do que dos instrumentos e das políticas. - Reforço das estratégias de informação, de formação e de comunicação. - Importância da coordenação entre as iniciativas e projetos dos atores locais, numa perspectiva de interação e sinergia. - Promoção de estratégias de auto-organização dos atores em torno de iniciativas, empreendimentos e projetos comuns ou convergentes.
Tónica na valorização dos recursos qualitativos locais.	<ul style="list-style-type: none"> - Estímulo prioritário à qualificação profissional, à investigação (ligação às Universidades locais/regionais) e à inovação. - Valorização da empresa e do espírito de empreendimento, de risco, de experimentação, de avaliação e de acompanhamento das ações e iniciativas. - Ênfase nas relações interativas (redes, comunicações, informação).
Perspectiva do desenvolvimento como um processo participado e negociado.	<ul style="list-style-type: none"> - Transferência de poder do nível central para os níveis local e regional. - Aumento da capacidade de iniciativa, de organização e de representação da coletividade face aos poderes públicos. - Criação de hábitos e práticas de parceria, ou seja, de cooperação contratual entre os parceiros locais em torno de projetos comuns.

Fonte: Nóvoa e colaboradores (1992), *apud*. Cabugueira (2000).

Diante do exposto, pensamos que desenvolver a cadeia e os arranjos produtivos de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos a partir da ótica do desenvolvimento local pode trazer impactos positivos diretos e indiretos tanto para a saúde pública, quanto para os municípios e para as pessoas envolvidas no processo produtivo. Como exemplos dos possíveis benefícios, citam-se: *a possibilidade do levantamento de espécies de plantas medicinais existentes nos próprios municípios com potencialidade*

para a inserção na atenção básica em saúde local (neste processo, a *etnofarmácia* constitui uma ferramenta indispensável tanto no sentido de encontrar, em cooperação com os diferentes grupamentos populacionais e com o poder público, seus principais recursos terapêuticos potenciais, quanto no sentido de desenvolver esta potencialidade em âmbito local – desde a capacitação dos atores locais até a dispensação dos produtos finais); *a diversificação da produção e a desconcentração do parque produtivo nacional; o respeito e a valorização das peculiaridades locais referentes ao perfil nosológico, ao uso tradicional de plantas medicinais e à produção de fitoterápicos* – o que tende a garantir a produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos que de fato atendam às necessidades do setor de saúde e em quantidade suficiente para suprir a real demanda local; *a mobilização e a capacitação dos próprios atores locais para contribuir efetivamente no processo de desenvolvimento da cadeia e dos arranjos produtivos*, obviamente, em cooperação com outras instituições técnicas, financeiras e comerciais – tendo como uma das principais implicações a geração de postos de trabalho no próprio município, o que, por sua vez, contribui para diminuir o êxodo rural; *a multiplicação das unidades produtivas* – inviabilizando, dessa forma, práticas monopolísticas extremas, como tem ocorrido até então no mercado nacional de medicamentos sintéticos e fitoterápicos (*ver adiante*); *a concentração de recursos financeiros nos próprios municípios*, antagonicamente ao que ocorre atualmente mediante a compra de produtos farmacêuticos de empresas externas; *a geração de impostos para o município produtor; a economia do setor público de saúde local com a compra de produtos farmacêuticos a preços mais acessíveis* – o que possibilita a ampliação do quantitativo de pessoas que acessam estes produtos através do SUS.

Cabe atentar que se, por um lado, a perspectiva do desenvolvimento local configura-se como sendo importante para o desenvolvimento do segmento fitoterápico, por outro, este segmento é uma importante ferramenta para se alcançar o desenvolvimento local. Segundo Buarque (1999), “o desenvolvimento local está associado, normalmente, a iniciativas inovadoras [...], articulando as potencialidades locais nas condições dadas pelo contexto”. Logo, seguindo a ótica do desenvolvimento local, observa-se que os atores locais têm como uma de suas “missões” principais, encontrar atividades econômicas potenciais, a partir das quais seja possível promover o desenvolvimento. É neste sentido que entra em foco a fitoterapia. Seja em função de constituir uma atividade praticada em todas as regiões do país, com expressivos

conhecimentos tradicionais e crescentes conhecimentos científicos, seja em função da ascendente demanda resultante do incentivo governamental para a produção e inserção no SUS, o segmento fitoterápico configura-se como uma atividade com grande potencial para contribuir efetivamente no processo de desenvolvimento local.

Cabe reiterar, também, que o segmento fitoterápico já apresenta expressivos faturamentos e a perspectiva é de um consistente aumento nos anos subsequentes em função de inúmeros fatores, como a implementação da PNPMF, que tem favorecido o processo de desenvolvimento da cadeia e dos arranjos produtivos de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, e a implementação da PNPIC, que, ao estimular a inserção da fitoterapia no SUS, é o principal indicador da demanda nacional por diferentes recursos fitoterápicos, sendo que, paralelamente, a *diretriz 17* da PNPMF prevê “a utilização do poder de compra do estado na área de saúde para o fortalecimento da produção nacional” (BRASIL, 2006b). Segundo Caliari e Ruiz (2010), devido o SUS responder por uma importante parcela da demanda nacional, “as compras realizadas pelas diferentes instâncias do Governo, garantem uma demanda regular e, em determinados casos, uma estabilidade ao mercado farmacêutico” – isto indica que a efetivação de parcerias entre o setor público e o setor privado do seguimento fitoterápico (em especial os empreendimentos solidários, *ver adiante*) é um importante meio para se consolidar o segmento fitoterápico brasileiro.

Entretanto, conforme enfatiza o capítulo seguinte, pensamos que consolidar o seguimento fitoterápico nacional e, assim, **aumentar a produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, seja a partir da perspectiva do desenvolvimento local, seja a partir do desenvolvimento difuso, não garante, necessariamente, o aumento do acesso da população brasileira a estas opções terapêuticas.** Além de promover o desenvolvimento da cadeia e dos arranjos produtivos, torna-se necessário uma efetiva mudança paradigmática por parte do poder público e, principalmente, do setor privado que produz ou irá produzir as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos, no sentido de concebê-los, primariamente, como *recurso terapêutico*, a serviço da vida, ao invés de uma simples *mercadoria* a serviço dos interesses econômicos individuais das empresas que atuam ou irão atuar no mercado. Do contrário, a tendência é concentrar os recursos fitoterápicos segundo a capacidade financeira dos governos e da população, conforme se explicita a seguir.

4 PLANTAS MEDICINAIS E MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS – REFLEXÕES SOBRE O AUMENTO DA PRODUÇÃO E A GARANTIA DE ACESSO.

Destacando primeiramente a necessidade de acesso, ao longo do trabalho tem sido possível constatar que garantir à população o acesso aos medicamentos, em uma perspectiva de universalidade, integralidade e equidade, envolve uma grande e complexa rede de fatores, tendo como um dos principais fatores limitantes os **elevados preços praticados pelas companhias farmacêuticas**.

A **polarização do expressivo faturamento** alcançado no mercado farmacêutico, resultante de práticas monopolísticas do reduzido número de grandes laboratórios farmacêuticos, fortalece não apenas o poder econômico da indústria farmacêutica, mas, também, o seu poder político – o que lhe confere maiores possibilidades de atingir seu principal objetivo, isto é, alcançar lucros cada vez maiores e, de preferência, no menor tempo possível, de modo a “crescer muito para, então, crescer muitos mais”. O compromisso de promover o mais elevado nível de saúde é, neste contexto, muito subjacente aos interesses econômicos das companhias farmacêuticas, conforme já fora explicitado analisando-se o segmento de medicamentos sintéticos.

No que concerne o segmento fitoterápico, uma das hipóteses levantadas no presente trabalho considerou que, em função da natureza também capitalista das empresas que integram este segmento, suas ações também convergem, a priori, para o alcance de maiores lucros, o que, por conseguinte, pode limitar sua importância para a saúde pública brasileira, em função do possível acesso polarizado e/ou da produção de especialidades farmacêuticas que não atendam a real necessidade do setor público, mas que representem acentuados lucros para a indústria de fitoterápicos. Tal hipótese pôde ser comprovada principalmente com base no estudo intitulado “*Estrutura de mercado do segmento de fitoterápicos no contexto atual da indústria farmacêutica brasileira*”, publicado em 2007 pelo Ministério da Saúde, que avaliou o segmento nos anos de 2003 a 2006.

4.1 Concentração do Faturamento gerado pelo Segmento Fitoterápico.

O total de empresas produtoras de fitoterápicos em 2006 foi de 103 (BRASIL, 2007a). Conforme expõe a *Tabela 3*, deste total, 4,85%, ou seja, 5 empresas, detinham 52,3% do faturamento do segmento (id.) e somando o faturamento dos 20 primeiros laboratórios (19,42% do total de empresas produtoras) constata-se um total de 84,70%. De outra forma, 83 laboratórios (80,58% das empresas produtoras), somaram apenas 15,3% do faturamento do mercado nacional.

Trata-se, portanto, de um mercado extremamente concentrado, que além de polarizar a renda, pode, também, concentrar o acesso aos recursos fitoterápicos, uma vez que, como fora anteriormente citado, o monopólio favorece a imposição de preços abusivos (HASENCLEVE et al., 2010; MARQUES, 1999) e, não obstante, dificulta o desenvolvimento de iniciativas governamentais voltadas para a produção e/ou compra de produtos farmacêuticos a preços mais acessíveis (HASENCLEVE et. al., 2010).

Tabela 3 – Mark share por empresa no segmento de medicamentos fitoterápicos no ano de 2006.

Ranking	Companhia	Venda em Reais (%)	Companhia	Unidades Vendidas (%)
1	ALTANA PHARMA	16,4	ALTANA PHARMA	10,40
2	FARMASA	14,8	FARMASA	10,20
3	MARJAN	9,4	MARJAN	8,30
4	SANOFI-AVENTIS	6,1	DM IND.FTCA	7,70
5	DM IND.FTCA	2,8	SANOFI-AVENTIS	5,30
6	HEBRON	4,1	MILLET ROUX	4,60
7	MILLET ROUX	3,7	PROCTER GAMBLE	4,20
8	FARMOQUIMICA	3,4	HEBRON	3,90
9	PROCTER GAMBLE	3,2	ATIVUS	3,60
10	ATIVUS	2,9	FARMOQUIMICA	3,40
11	NIKKO	2,5	WESP	3,30
12	EUROFARMA	2,3	MELPOEJO	2,80
13	ABBOTT	2,0	BIOLAB-SANUS FARMA	2,30
14	BIOLAB-SANUS FARMA	2,0	HERBARIUM	2,30
15	ACHE	1,8	ZURITA	2,0
16	ZURITA	1,7	ACHE	1,80
17	HERBARIUM	1,3	CATARINENSE	1,70
18	EMS SIGMA PHARMA	1,3	OSORIO MORAES	1,60
19	WESP	1,3	NIKKO	1,50
20	INFABRA	1,2	EMS SIGMA PHARMA	1,40

Fonte: Adaptado de Brasil (2007a).

4.2 Produção de fitoterápicos norteada prioritariamente para o alcance de Lucros.

Do total de 53 classes de fitoterápicos comercializadas em 2006 no Brasil demonstra-se, na *Tabela 4*, que 10 classes (18,87%) correspondem a 83% das vendas em reais e 79% em unidades, aproximadamente (BRASIL, 2007a).

Tabela 4 – Market Share por classe terapêutica no segmento de fitoterápicos (2006).

FATURAMENTO			QUANTIDADE		
Rank.	Part (%)	CLASSE TERAPÊUTICA	Rank.	Part. (%)	Part. Acum.
1	21,03	LAXANTES P/CONTACTO	2	16,81	
2	17,54	IPNOT/SEDATIVOS HERBAL	1	21,67	
3	12,83	ASOTER CER/PER EXC ANT C	5	7,01	
4	9,53	COLERETICOS+COLECINETICOS	3	10,32	
5	8,53	AX INCREM BOLO FECAL	4	7,92	
6	4,75	VASOPROTETORES SIST	6	5,36	
7	3,57	EXPECTORANTES	8	3,84	
8	2,53	NTHIHEMORR. SEM CORTIC.	9	3,70	
9	1,81	AMEBICIDAS	10	1,78	
10	1,68	OUTROS GINECOLOGICOS	18	1,06	79,46
	16,2	Demais classes (43)		20,54%	

Fonte: Adaptado de Brasil (2007a).

Mais preocupante que isso é observar que a venda esteve concentrada em classes terapêuticas que não representam impacto tão significativo na saúde pública, mas que possuem um grande mercado, cuja demanda é muito **influenciada por campanhas de marketing**, como é o caso das duas principais classes comercializadas, laxantes e sedativos, que juntos totalizaram em unidades 47,1% (*Tabela 4; Gráfico 3*) e 46,49% em vendas (*Tabela 4; Gráfico 4*). A este respeito Melo (2006) alerta que “no mercado farmacêutico encontram-se substâncias não essenciais, desnecessárias e até perigosas”, cuja “promoção comercial amplia, indiscriminadamente o consumo de medicamentos” (id.).

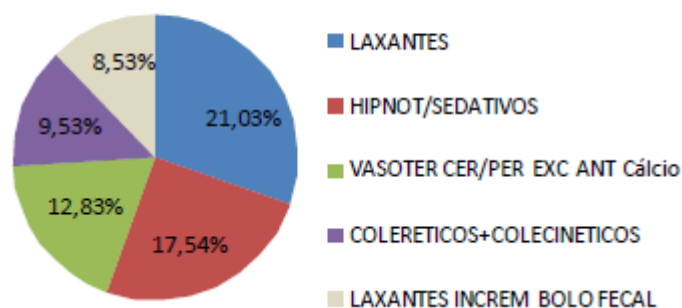


Gráfico 3 – Vendas em Unidades por classe terapêutica em 2006 (69,45% das vendas totais de medicamentos fitoterápicos).

Fonte: Brasil (2007a).

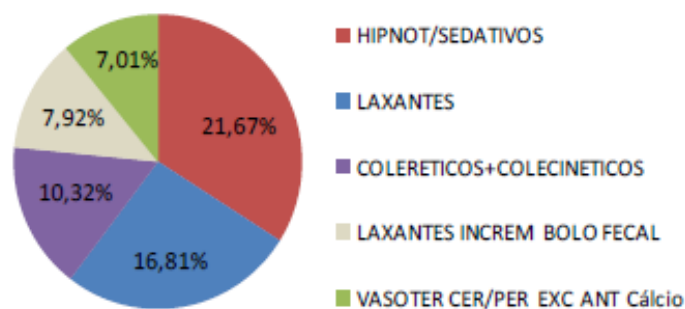


Gráfico 4 – Vendas em Reais por classe terapêutica em 2006 (63,73% das vendas totais de medicamentos fitoterápicos).

Fonte: Brasil (2007a).

Não obstante, existe concentração em relação aos medicamentos fitoterápicos comercializados, que ao todo somavam 367 produtos em 2006 (BRASIL, 2007a). Deste total, 5,44% dos principais medicamentos comercializados somaram o impressionante percentual de 67,44% do total das vendas (*Tabela 4*).

Além da concentração da produção em poucas classes terapêuticas e poucos produtos, sustentada por campanhas de marketing e não pela real necessidade da saúde pública nacional, outro fator que consubstancia a afirmação de que as atividades da indústria nacional de fitoterápicos, da mesma forma que a indústria de medicamentos sintéticos, priorizam o lucro em detrimento da qualidade de vida da população é o aumento do preço médio dos produtos (*Tabela 5*), mesmo em um cenário onde a demanda tem aumentado progressivamente (*Gráfico 5*), o que propiciaria, em um

contexto de inflação equilibrada, uma diminuição relativa dos custos de produção e, conseqüentemente, preços mais baixos ao consumidor.

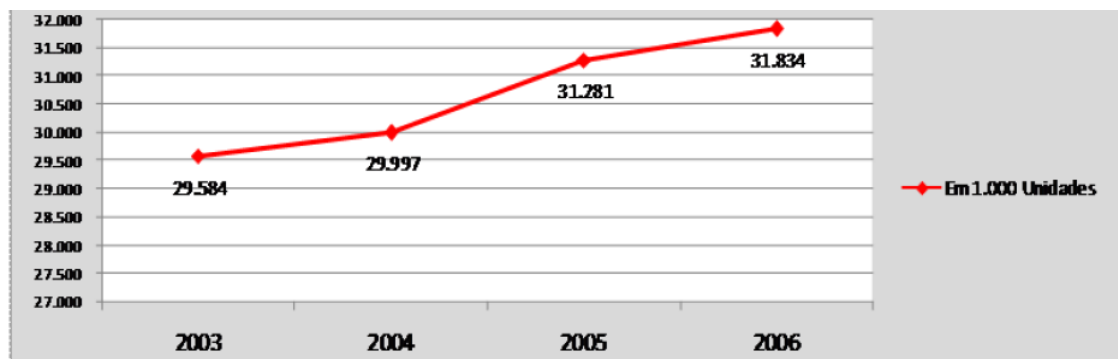


Gráfico 5 – Evolução do total de unidades vendidas de medicamentos fitoterápicos (2003-2006).

Fonte: Brasil (2007a)

Tabela 5 – Evolução dos preços médios de medicamentos no período de 2003 a 2006.

MERCADO	2003	2004	2005	2006
	PREÇO MÉDIO (R\$)	PREÇO MÉDIO (R\$)	PREÇO MÉDIO (R\$)	PREÇO MÉDIO (R\$)
Demais	11,79	9,13	10,04	14,71
Segmentos	12,98	9,51	10,95	17,07
Fitoterápicos				

Fonte: Brasil (2007a).

4.3 A PNPMF e o Acesso aos Recursos Fitoterápicos.

Objetivo geral da PNPMF: **garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos**, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional (BRASIL, 2006b, *grifo nosso*).

De acordo com as análises anteriores, pôde-se concluir que no atual cenário do mercado farmacêutico nacional – tanto do segmento de medicamentos sintéticos, quando do segmento fitoterápico – poucos laboratórios farmacêuticos lucram muito e muitos seres humanos acessam com pouca regularidade, ou até mesmo não acessam os medicamentos que necessitam. É nesse contexto que a PNPMF está inserida e, assim,

dando ênfase para a questão do acesso, um dos questionamentos que nortearam o presente estudo foi evidenciar se a PNPMF propicia efetivamente um acesso universal, integral e equânime às plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos.

A esse respeito, embora ressalte a preocupação com o acesso no seu objetivo geral, a PNPMF tem suas diretrizes norteadas, principalmente, para o aumento da produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos – seguindo a lógica de que aumentando a produção, aumenta-se, também, o acesso da população aos recursos fitoterápicos – tendo como sustentáculo fundamental a produção nos atuais laboratórios privados nacionais, de modo a fortalecer estes laboratórios no mercado nacional e até mesmo internacional. Neste sentido, a *diretriz 16* da PNPMF busca incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, promovendo, inclusive, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do MERCOSUL e instituindo linhas de financiamento para o setor, e na *diretriz 14* da PNPMF, está explícito o estímulo à produção de fitoterápicos em escala industrial.

Por outro lado, **dentre as 17 diretrizes (ver Anexo I) que compõem a PNPMF, nenhuma está voltada para o controle de preços e apenas 2 “subdiretrizes” favorecem o acesso de forma direta**, a saber: a *subdiretriz 14.1* – “incentivar e fomentar a estruturação dos laboratórios oficiais para a produção de fitoterápicos” (BRASIL, 2006b) e; a *subdiretriz 9.2* – “incluir plantas medicinais e fitoterápicos na lista de medicamentos da Farmácia Popular” (id.). As demais diretrizes e subdiretrizes convergem, basicamente, para: a regulamentação do setor fitoterápico; o desenvolvimento científico voltado para o desenvolvimento de novos produtos e melhores sistemas produtivos; a produção em escala de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos; a garantia da demanda, sobretudo através do poder de compra do Estado; a garantia do uso por parte da população, principalmente através de campanhas educativas e; a expansão do mercado consumidor.

Sendo assim, **a PNPMF estimula a produção, mas não favorece consistentemente o acesso aos diferentes recursos fitoterápicos, sobretudo no que tange os medicamentos fitoterápicos**. Ao se estimular a produção em escala, obviamente, a partir de grandes laboratórios privados nacionais (cujas ações convergem para o alcance de lucros expressivos), **uma provável consequência é a prática de preços abusivos** por parte destes laboratórios, conforme tem ocorrido

contemporaneamente, isto, por sua vez, inviabiliza um acesso universal e equânime às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos.

Quando a OMS começou a estimular, desde a Conferência de Alma Ata, a inserção da medicina tradicional (com ênfase nas plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos) nos sistemas oficiais de saúde de seus Estados-membros, sobretudo nos países em desenvolvimento, pensamos que *não o fez por constatar que existia uma baixa produtividade de medicamentos sintéticos em nível global*. Sendo teoricamente este o principal problema, seria muito mais lógico e funcional a OMS estimular as indústrias farmacêuticas a aumentarem suas respectivas produções de medicamentos sintéticos, para então aumentar o acesso. *Se assim a OMS não o fez, então, certamente, não acreditava que, ao consolidar a indústria farmacêutica atual, a população de seus Estados-membros, em especial aquela que habita os países em desenvolvimento, teria acesso aos medicamentos em uma perspectiva de integralidade, universalidade e equidade*. Isto porque, ao constatar que 80% da população que habita os países subdesenvolvidos utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos e que 85% da medicina tradicional correspondem à fitoterapia (BRASIL, 2006b), a OMS observa que existem falhas no acesso a medicina moderna, muito visível no contexto dos medicamentos industrializados, e que estas falhas não se devem a uma possível baixa produção, mas à extrema polarização do acesso aos medicamentos produzidos, associada aos preços elevados.

Desta forma, pensamos que a OMS tem estimulado a inserção da fitoterapia nos sistemas oficiais de saúde com um objetivo fundamental – *garantir o acesso da população a opções terapêuticas seguras, eficazes e de qualidade (principalmente para a população que não acessa regularmente os medicamentos industrializados)*, o que, conforme o presente estudo enfatiza, depende em grande parte do preço de tais opções terapêuticas, em face da capacidade limitada de recursos financeiros destinados à compra de produtos farmacêuticos por parte dos governos, bem como da própria população, sobretudo a mais desfavorecida economicamente.

Se muitas das atuais práticas dos laboratórios farmacêuticos privados não convergem para a diminuição do preço dos produtos farmacêuticos, então são antagônicas em relação às recomendações da OMS referentes à necessidade do aumento do acesso a estes recursos terapêuticos. **Logo, estimular a produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos apenas nestes mesmos laboratórios (sem**

uma efetiva mudança paradigmática) implica em propiciar a polarização do acesso às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos em favor de governos e pessoas com maior poder aquisitivo, conforme tem ocorrido até então com os medicamentos sintéticos e, também, com os próprios medicamentos fitoterápicos.

Isto evidencia a necessidade de uma exímia mudança paradigmática no setor farmacêutico, que propicie a *transição deste cenário onde “poucos lucram muito com a venda de produtos farmacêuticos e muitos os acessam pouco”, para um cenário onde “muitos produzem e todos acessam”*. E pensamos que *este novo cenário não será construído, a priori, a partir do aumento da produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos*. A nosso ver, faz-se necessário primeiramente transpor uma grande e sólida barreira (a busca por lucros expressivos) existente entre os produtores privados de medicamentos e a população que necessita deste recurso terapêutico. Em outras palavras, é imperativo que os empresários do ramo farmacêutico pensem prioritariamente no *bem-estar coletivo*, ao invés de se lançarem em uma “batalha” desmedida e irracional destinada a alcançar lucros “a qualquer custo”, que traz consigo malefícios para a saúde da população, seja através da prática de preços abusivos (que limita o acesso), seja através do incentivo para o uso irracional dos produtos que comercializam.

É justamente neste contexto, no qual ganha importância fundamental o bem-estar coletivo, que se insere o que denominamos no presente estudo de *Fitoterapia Solidária*, que apresentamos em linhas gerais como sendo um dos possíveis mecanismos capazes de propiciar que tanto as ações das empresas privadas produtoras de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, quanto as ações governamentais, convirjam no sentido de garantir o acesso da população a estes recursos terapêuticos e a estabilidade socioeconômica dos empreendimentos que os produzem, tendo como força motriz os princípios que norteiam a economia solidária, conforme se explicita a seguir.

4.4 Fitoterapia Solidária – uma ferramenta que favorece efetivamente o aumento do acesso aos recursos fitoterápicos.

4.4.1 Economia Solidária

Em consonância com Razeto (1997, *tradução e grifo nossos*), os empreendimentos que integram a economia solidária são “portadores de uma racionalidade econômica especial, de uma lógica interna sustentada em um tipo de comportamento e de práticas sociais onde a **solidariedade** ocupa um lugar e uma função social”. Mance (2001) ressalta que a palavra *solidariedade* “possui um sentido moral que vincula o indivíduo à vida, aos interesses e às responsabilidades de um grupo social, de uma nação ou da própria humanidade”. A solidariedade indica ainda “uma relação de responsabilidade entre pessoas unidas por interesses comuns, de maneira tal que cada elemento do grupo se sinta na obrigação moral de apoiar os demais” (id.).

Assim, a solidariedade deve ser promovida e incorporada como agente de transformação voltado para a busca da concretização de uma sociedade mais justa e igualitária (REIS e NASCIMENTO, 2008). Dessa forma, conforme explicita Gaiger (1998),

o solidarismo penetra no cotidiano dos indivíduos e de cada grupo, não como algo oportuno ou ocasional, mas como um princípio para a vida diária e uma postura diante dos problemas pessoais e coletivos [...]. Com base nesse substrato, tem sido possível o tratamento integrado das questões econômicas com outros aspectos da vida social.

Embora ainda esteja em processo de construção, “o conceito de **economia solidária** gira em torno desta ‘força’, sendo a solidariedade um elo social voluntário que une os cidadãos livres e iguais, **os voltando para a satisfação racional das necessidades de cada um e de todos**” (LAFORGA e SENN, 2011, *grifo nosso*), não apenas a necessidade econômica, mas, também as necessidades de natureza social, cultural, ecológica e política (SINGER, 2002, *apud.* ALMEIDA e BORGES, 2011), uma vez que “**além de visão econômica de geração de trabalho e renda, as experiências de economia solidária se projetam no espaço público no qual estão inseridas, tendo como perspectiva um ambiente justo e sustentável**” (id.), desta forma, ocorrendo a “**sujeição do capital à finalidade social**” (REIS, 20??).

Neste sentido, Laville (2002, *apud.* ALMEIDA e BORGES, 2011) caracteriza basicamente a economia solidária como

“um conjunto de atividades econômicas e sociais que ao contrário da **economia capitalista, centrada sobre o capital** a ser acumulado e

que funciona a partir de relações competitivas cujo objetivo é o alcance de interesses individuais, **a economia solidária organiza-se a partir de fatores humanos**, favorecendo as relações onde o laço social é valorizado através da reciprocidade”.

Quanto aos empreendimentos solidários, de acordo com Laforga (2011), podem ser descritos como uma “forma de expressão da economia solidária que pode assumir um formato de cooperativa, empresa autogestionária, rede e outras formas de associação para produção de bens ou prestação de serviços”. Gaiger (1999, *apud.* LAFORGA e SENN, 2011) os definem como sendo “organizações coletivas de trabalhadores voltados para a geração de trabalho e renda, regidos, ideologicamente, por princípios de autogestão, democracia, participação, igualitarismo, cooperação no trabalho, autossustentação, desenvolvimento humano e responsabilidade social”, onde setores populares “desenvolvem suas atividades produtivas, cujo objetivo não é, prioritariamente, a acumulação de capital, mas a sobrevivência de quem neles trabalha” (LAFORGA e SENN, 2011).

Desta forma, “os empreendimentos solidários assumiram um posicionamento econômico próprio, onde predomina a cooperação como cerne do empreendimento, aliado juntamente à rentabilidade econômica” (FRANÇA et. al., 2011). Esse caráter participativo e autogestionário desses empreendimentos são algumas das características responsáveis pela viabilidade econômica dos mesmos (id.), cuja base de sustentação “está na cooperação, no desempenho e na qualificação dos agentes, que, ao se preocuparem com a eficiência e com a realização dos benefícios, garantem a viabilidade financeira, almejando ascender do nível da subsistência apoiado por estratégias de crescimento” (GAIGER, *apud.* SINGER e SOUZA, 2000).

Considerando todos esses aspectos, o Atlas da Economia Solidária no Brasil, elaborado pela Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), define a economia solidária como **“uma forma de produção e distribuição da riqueza centrada na valorização do ser humano, e não no capital** – de base associativista cooperativista, voltada para a produção, consumo e comercialização de bens e serviços, de modo autogerido, tendo como finalidade a reprodução ampliada da vida” (BRASIL, 2006, *grifo nosso*). “Não tão somente trata-se de uma nova *forma social de produção*, contraditória à capitalista, como também de uma alternativa possível ao combate da precarização das relações e contradições de trabalho, a exclusão social e de tantos outros tipos” (FRANÇA et. al., 2011).

A economia solidária configura-se, portanto, como um “instrumento de combate à exclusão social, pois apresenta alternativa viável para a geração de trabalho e renda e para a satisfação direta das necessidades de todos, provando que é possível organizar a produção e a reprodução da sociedade de modo a eliminar as desigualdades materiais (PONTES e OSTERENE; 2004, *apud*. LAFORGA e SENN, 2011). Assim sendo, a economia solidária é observada como “um instrumento poderoso de distribuição de renda e de justiça social” (IRION, 1997) e “apresenta na sua proposta de organização diretriz mais ampla, aglutinando um expressivo número de trabalhadores” (REIS, 20??). Portanto, a economia solidária aparece como “uma proposta para a geração de trabalho e renda para os milhões de trabalhadores excluídos, compromissada em contribuir com o desenvolvimento sustentável” (LAFORGA e SENN, 2011), onde os trabalhadores “passam a assumir responsabilidade total, não individual, mas coletiva, pelo empreendimento” (id.). “Trabalhadores e trabalhadoras passam, por todos os pontos de vista, a serem participantes ativos, com poder e responsabilidade” (id.).

4.4.2 Fitoterapia Solidária

Neste contexto, a *fitoterapia solidária* consiste em uma ferramenta voltada, a priori, para *aumentar o acesso da população às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos* em uma perspectiva de universalidade, integralidade e equidade, a partir da produção destas opções terapêuticas em empreendimentos privados que integram a economia solidária, tendo como pressuposto principal a tendência à prática de preços não abusivos por parte destes empreendimentos, face aos seus ideais norteadores convergentes para a primazia da valorização do ser humo. Paralelamente, objetiva-se através da fitoterapia solidária propiciar, também, a diversificação tanto da produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos (mediante o estudo e valorização dos perfis fitoterápicos dos respectivos municípios e/ou regiões), quanto dos empreendimentos que os produzem, de modo a diminuir a dependência dos governos em relação aos poucos grandes laboratórios que dominam o mercado nacional de produtos farmacêuticos e, através desse aumento dos empreendimentos produtores, elevar significativamente a geração de trabalho e melhorar a distribuição da renda gerada pelo segmento, neste caso, equitativamente e em favor de todos os cidadãos que integram os empreendimentos, enquanto produtores não apenas de matérias-primas, mas

também de produtos finais – de modo a impedir que a decisão final sobre os preços das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos seja efetuada apenas pelos atuais laboratórios privados produtores. Assim, valendo-se das palavras de Singer (2002), o desenvolvimento aqui almejado

é o da comunidade como um todo, não de alguns de seus membros apenas. Por isso, ele não pode ser alcançado pela atração de algum investimento externo à comunidade. O investimento necessário ao desenvolvimento tem que ser feito pela e para a comunidade toda, de modo que todos possam ser donos da nova riqueza produzida e beneficiar-se dela.

Em suma, a fitoterapia solidária busca engendrar, em simbiose com outros mecanismos, como a produção em laboratórios oficiais e farmácias-vivas (Figura 1), e a partir da perspectiva do desenvolvimento local, a **despolarização do acesso, do parque produtivo e dos empreendimentos produtores de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, bem como a diversificação destas opções terapêuticas.**

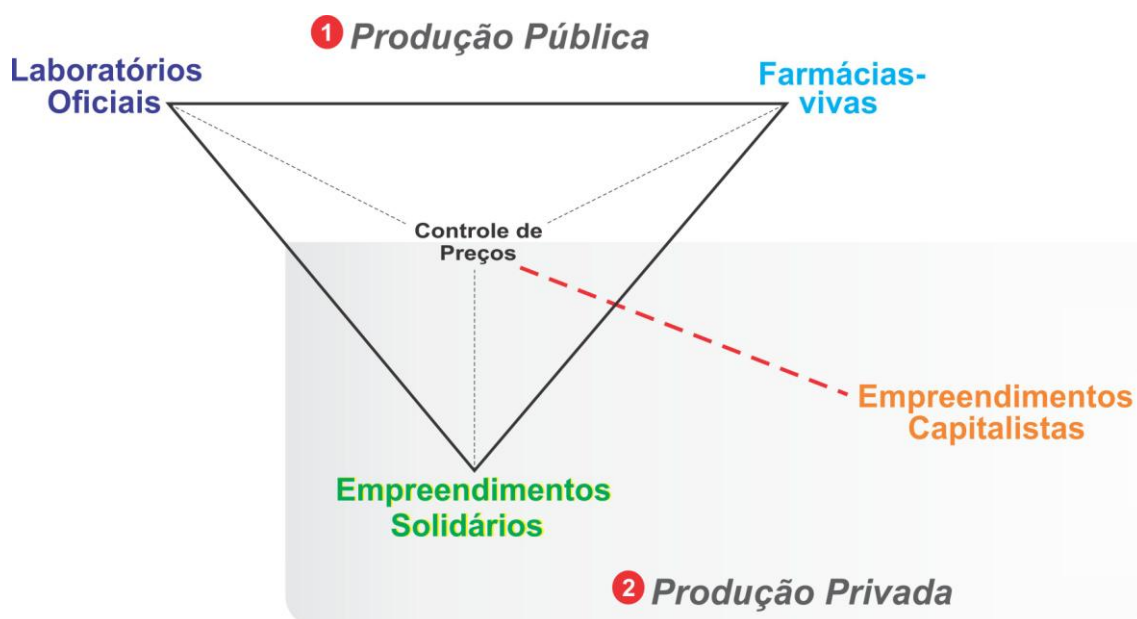


Figura 1 – Expõe três mecanismos que propiciam efetivamente o acesso universal, equânime e integral às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos, a partir da prática de preços acessíveis. Os laboratórios oficiais e as farmácias-vivas, enquanto empreendimentos públicos, são os principais empreendimentos neste sentido. No que concerne a produção em empreendimentos privados, os empreendimentos solidários (menos que os laboratórios oficiais e as farmácias-vivas e mais que as empresas capitalistas) tendem a propiciar preços não abusivos. O controle de preços/custos deve estar no cerne e se estender para todos os empreendimentos, sobretudo aos empreendimentos capitalistas.

Fonte: Elaboração própria.

Com essa ferramenta busca-se ir além da proposta da *diretriz 13* da PNPMF, que deixa implícito que os atores locais, sobretudo os agricultores familiares, devem ser inseridos na cadeia e nos arranjos produtivos, a priori, apenas como fornecedores de matérias-primas para os laboratórios produtores de especialidades fitoterápicas. Aqui, advogamos que, além de produtores de matérias-primas, a partir de empreendimentos solidários apoiados por instituições técnicas e financeiras os atores locais podem, também, gerar produtos finais para o SUS a preços mais acessíveis e consonantes com as reais necessidades da atenção básica em saúde de um determinado município ou (micro)região.

Salienta-se, também, que a partir dos potenciais preços mais acessíveis a serem praticados pelos empreendimentos solidários (se comparado aos elevados preços geralmente efetuados pelos empreendimentos privados capitalistas), faz-se uma pressão análoga àquela exercida pelos genéricos no segmento de medicamentos sintéticos, que também contribui, neste caso indiretamente, para a diminuição dos preços das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos efetuados pelos demais empreendimentos privados atuantes no cenário nacional.

Todavia, é mister ressaltar que aumentar a produção de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos e garantir que estes produtos sejam comercializados a preços justos pra quem produz e para quem necessita terapêuticamente dos mesmos, embora favoreça efetivamente o aumento do acesso, também não o garante necessariamente (Figura 2), sobretudo quando o desenvolvimento dos mesmos estiver assente em parcerias público-privadas, por exemplo, entre as secretarias de saúde e os empreendimentos solidários. Neste caso, para que a população acesse significativamente essas opções terapêuticas é necessário, obviamente, que os *médicos os prescrevam* e, em seguida, é necessário que os *pacientes sigam a posologia recomendada* (Figura 2). Logo, torna-se necessário efetuar uma intensa educação/sensibilização dos profissionais da saúde (em especial os médicos, enfermeiros e farmacêuticos) e da população, principalmente no que concerne a eficácia, a segurança e a qualidade das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos disponibilizados pelo sistema público de saúde local, bem como a sua importância econômica para o município e para os atores solidários que os produzem, destacando também, a sustentabilidade do processo produtivo efetuado pelos

empreendimentos solidários. De acordo com Bôas (2004) “o elevado número de médicos que prescrevem fitoterápicos na Alemanha deve-se muito ao fato de existir neste país uma formação universitária voltada, também, para este recurso terapêutico”. Considerando que os cursos da área de saúde ofertados pelas instituições de ensino superior brasileiras não capacitam os profissionais para o uso das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos como opções terapêuticas, a educação destes profissionais de saúde é uma condição ímpar no sentido de garantir que a população seja beneficiada com a fitoterapia.

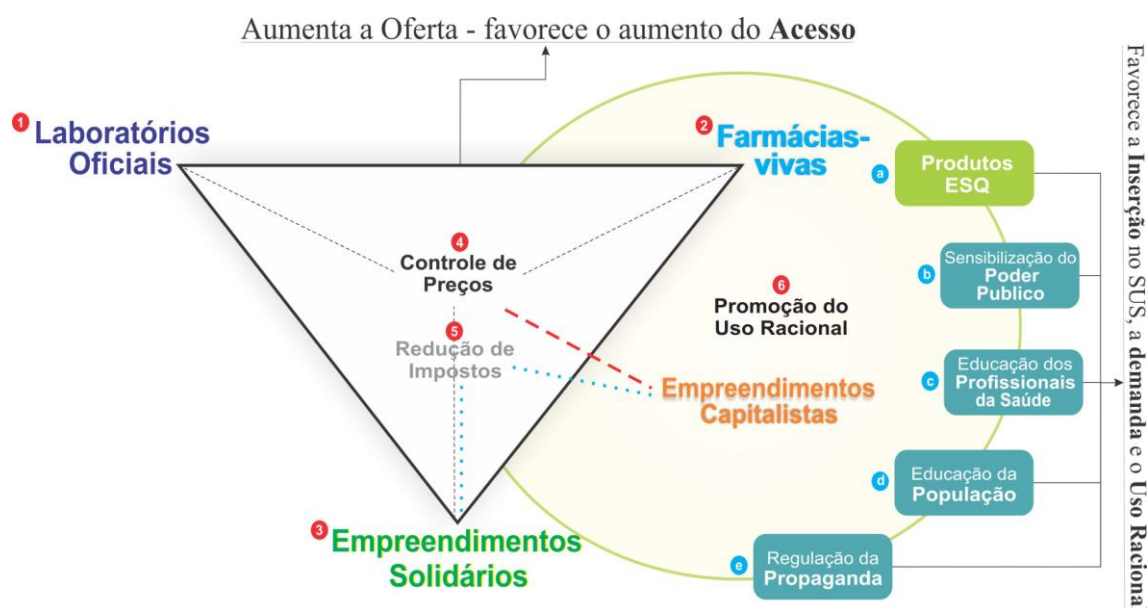


Figura 2 – Demonstra que além de se utilizar mecanismos que favoreçam o aumento do acesso a partir da prática de preços acessíveis (1, 2, 3, 4 e 5) e da prevenção de se efetuar gastos desnecessários (6), faz-se necessário, paralelamente, a utilização de outros mecanismos que garantam a inserção das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos na atenção básica, a prescrição racional por parte dos profissionais médicos e o uso racional por parte da população (a, b, c, d, e). É importante atentar que no cerne desse processo está a necessidade de se desenvolver produtos eficazes, seguros e de qualidade (a), uma vez que é uma condição indispensável e que facilita todas as etapas subsequentes.

Fonte: Elaboração própria.

5 FITOTERAPIA SOLIDÁRIA EM IGARAPÉ-MIRI: POTENCIALIDADES, ENTRAVES E POSSÍVEIS CAMINHOS PARA A INSERÇÃO DAS PLANTAS MEDICINAIS NA ATENÇÃO BÁSICA.

5.1 Considerações gerais sobre o município

A história de Igarapé-Miri enquanto município tem sua origem no ano de 1896, quando a vila de Igarapé-Miri ganhou os foros de cidade, mediante a Lei nº 438, de 23 de maio de 1896 (PARÁ, 2011). Todavia, após a Revolução de 1930, o Decreto nº 6, de 4 de novembro daquele ano, extinguiu o município de Igarapé-Miri, anexando-o ao território de Abaetetuba. Contudo, quase que simultaneamente, pelo Decreto Estadual nº 78, de 27 de dezembro seguinte, Igarapé-Miri voltou a ganhar a sua autonomia municipal (id.).

O município de Igarapé-Miri pertence à Mesorregião Nordeste Paraense e à Microrregião Cametá, sendo que a sede municipal tem as seguintes coordenadas geográficas: 01° 58' 33" de latitude Sul e 48° 57' 39" de longitude a Oeste de Greenwich (id.). Atualmente, o município está constituído pelos distritos de Igarapé-Miri (sede) e Maiauatá. Seus limites são: ao norte, o município de Abaetetuba; a leste, o município de Mojú; ao sul, os municípios de Cametá e Mojú e; a oeste, os municípios de Cametá e Limoeiro do Ajuru (id.).

Quanto aos solos, com grande expressividade são formados pelos tipos: latossolo amarelo distrófico, textura média e argilosa, podzol hidromórfico e concrecionários lateríticos indiscriminados distróficos, textura indiscriminada. Nas várzeas, aparecem pequenas manchas de gleys pouco húmico distróficos e eutróficos e aluviais eutróficos e distróficos (id.). Igarapé-Miri apresenta cotas topográficas pouco elevadas, tendo como referência a sede municipal, que atinge 20 metros de altitude. Porém, ao sul do Município, essas altitudes são mais elevadas, alcançando até o dobro da cota medida na cidade (id.).

No que tange a vegetação, *pouco resta da cobertura florestal primitiva*, que pertence ao subtipo Floresta Densa de terra firme, e que recobria, indiscriminadamente, a maior parte do Município (id.). Hoje, em seu lugar, existe as Florestas Secundárias, intercaladas com cultivos agrícolas. Já as áreas de várzea, apresentam sua vegetação característica de espécies hidrófilas, latifoliadas, intercaladas com palmeiras, dentre as quais se destaca o açai (*Euterpe oleracea Mart.*) (id.). É mister atentar que a alteração da cobertura vegetal, observada nas imagens LANDSAT-TM, do ano de 1986, foi de 44,75% (id.).

O clima do Município, por sua vez, corresponde ao megatérmico, tipo Am da classificação de Koppen, apresentando temperaturas elevadas, com média anual de 27° C, e pequena amplitude térmica, sendo que a umidade relativa apresenta valores acima

de 80% (id.). A precipitação pluviométrica anual apresenta-se acima de 2.000 mm, com chuvas abundantes de janeiro a junho, com maior disponibilidade de água nos três primeiros meses do ano (balanço hídrico) e carência, nos meses de setembro e outubro (id.).

Em relação à hidrografia, o principal rio de Igarapé-Miri é o Meruú, coletor de quase toda a bacia hidrográfica do Município. Seus principais afluentes pela margem direita são o rio Igarapé-Miri, em cuja margem está localizada a sede municipal, e o rio Itamimbuca, que limita o Município, a nordeste, com Abaetetuba. Pela margem esquerda, o principal rio é o Cagí, limite natural a sudoeste, com o município de Cametá, desde as nascentes até seu curso médio. O rio Maiauatá, que banha a Vila do mesmo nome, serve de ligação entre o rio Meruú e a foz do rio Tocantins. O Município possui ilhas fluviais, banhadas pelas águas do estuário do Tocantins, entrecortadas por uma série de cursos d'água conhecidos como furos e igarapés (Id.).

Conforme foi possível observar nas visitas técnicas efetuadas ao município, ao longo desses rios existem inúmeros empreendimentos solidários, tais como a Cooperativa dos Produtores e Agricultores do rio Cagí (COOPARC) e a Cooperativa dos Produtores e Agricultores do Itamimbuca (ITAMIMBUCACOOP), cuja produção principal é o açaí – abundante no verão, mas escasso durante o inverno, período no qual as condições de subsistência se tornam precárias para a população rural, sobretudo para aquelas famílias cujas condições financeiras ou o tamanho das propriedades não possibilita o manejo de açais voltados para o cultivo expressivo, também, no inverno. Não obstante, muitos grupamentos populacionais locais sofrem com a escassez de outros recursos extrativos, como os recursos pesqueiros, em muitos casos relacionados à poluição dos rios e igarapés do município causada, também, por outras atividades econômicas locais, como a produção de palmito em calda – cujos expressivos quantitativos de resíduos (cascas, principalmente) são lançados diretamente nos recursos hídricos, comprometendo, dessa forma, a qualidade da água e, por conseguinte, dificulta ou impede a sobrevivência de peixes, camarões, etc. Assim, pode-se inferir que a produção e comercialização, também, de plantas medicinais pode ser uma importante alternativa no sentido de mitigar alguns problemas socioeconômicos apresentados pelo município (como as dificuldades econômicas observadas no período da entressafra do açaí), bem como pode nortear o manejo de “áreas que necessitam ser preservadas, como as ilhas da Serraria, Cueca e Cuequinha” (PARÁ, 2011). Cabe atentar que dos 58.077

habitantes de Igarapé-Miri, 54,9% vivem no meio rural (IBGE, 2010). Ressalta-se ainda que a produção das plantas medicinais pode se configurar como uma importante forma de inclusão efetiva das mulheres (que representam 48,9% da população municipal) na malha econômica do município, as quais até então não são contempladas com políticas efetivas neste sentido.

5.2 Um município em potencial.

Barbosa e Pinto (2009), ao desenvolverem um estudo etnofarmacêutico no município de Igarapé-Miri, em 2000 e 2008, constataram um significativo conhecimento da população local acerca do uso de plantas medicinais na terapêutica. Através de entrevistas semi-estruturadas, os autores levantaram 236 espécies vegetais utilizadas pelos moradores do município, bem como suas respectivas indicações terapêuticas e formas de uso.

No que tange uma possível inserção na atenção básica em saúde, dentre as 236 espécies, se destacaram oito: o anador (*Alternanthera dentata* Moe.), o marupazinho (*Eleutherine plicata* Herb.), o mastruz (*Chenopodium ambrosioides* L.), o pariri (*Arrabidaea chica* Verlot.), o pirarucu (*Kalanchoe pinnata*), o óleo elétrico (*Piper callosum* Ruiz), a sucuuba (*Himatanthus sucuuba*) e a verônica (*Dalbergia monetária* L.) (BARBOSA e PINTO, 2009). Observa-se, portanto, que existem, no próprio município, espécies com potencial para a inserção na atenção básica e conhecimento popular sobre o suas indicações terapêuticas e formas de uso.

Outro fator importante a se considerar é o fato de existir no município uma associação (Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Igarapé-Miri – AACSIM) que tem dentre seus objetivos produzir plantas medicinais e produtos derivados voltados para a inserção no setor público de saúde municipal. Esta associação, portanto, pode se constituir no empreendimento solidário por meio do qual poderá se consubstanciar o desenvolvimento da fitoterapia solidária no município de Igarapé-Miri. Segundo Frentz (2002), “a associação expressa uma relação dinâmica, uma relação em movimento, em direção a um lugar melhor pela cooperação. O desenvolvimento é um processo também fundado em relações sociais associativas, das quais podem nascer formas cooperativas”.

Todavia, quando se objetiva inserir, no SUS, plantas medicinais com segurança,

eficácia e qualidade asseguradas, torna-se indispensável o apoio de outras instituições que atuam no setor farmacêutico (Figura 3). No contexto atual, o *Laboratório de Etnofarmácia* (LAEF) do *Núcleo de Meio Ambiente* (NUMA) e a *Faculdade de Farmácia* da UFPA, são importantes agentes de cooperação nesse sentido, uma vez que já desenvolveram estudos relacionados à possibilidade do desenvolvimento da fitoterapia no município de Igarapé-Miri a partir de empreendimentos solidários. Tal cooperação propicia tanto o desenvolvimento de produtos com padrões exigidos pela legislação sanitária vigente, quanto a capacitação dos atores locais no que tange as Boas Práticas de Fabricação de Produtos Farmacêuticos.

Quanto ao processo produtivo das matérias primas (plantas medicinais in natura), é imprescindível o apoio de instituições de pesquisa e extensão rural (Figura 3), como a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA); a Secretaria de Estado de Agricultura do Estado do Pará (SAGRI); Empresa Brasileira de Extensão Rural – EMATER, de modo a garantir a qualidade da matéria prima, a sustentabilidade do processo produtivo e a capacitação dos produtores – que no caso de Igarapé-Miri podem ser os agricultores familiares situados ao longo das estradas ou nas comunidades ribeirinhas do município. Cabe reiterar que “a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos é uma das premissas” da PNPMF (BRASIL, 2006b).

No que se refere aos produtos a serem inseridos na atenção básica, em função da necessidade de menores recursos técnicos e financeiros para o seu desenvolvimento, torna-se mais viável, em princípio, a produção de plantas medicinais na forma de rasuras, que, por sua vez, é regulamentada pela RDC 10 da ANVISA. Cabe enfatizar que, em geral, as rasuras de plantas medicinais representam custos de produção bem inferiores a outros produtos farmacêuticos (como os medicamentos sintéticos e fitoterápicos), o que favorece o alcance de preços acessíveis tanto para a população, quanto para a prefeitura de Igarapé-Miri.

Com relação ao lançamento dos produtos no mercado e à gestão do empreendimento, torna-se mister, sobretudo nos primeiros anos, o apoio de instituições como o Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), em face da capacidade limitada de gestão dos atores locais observada nas visitas técnicas, que constitui um dos principais fatores responsáveis pela falência de empreendimentos solidários locais como fora o caso da COOPFRUT. Contudo, no caso da AACSIM, um

fato positivo diz respeito aos seus integrantes já desempenharem atividades de gestão na associação, que podem ser aprimoradas no que concerne a gestão do possível empreendimento.

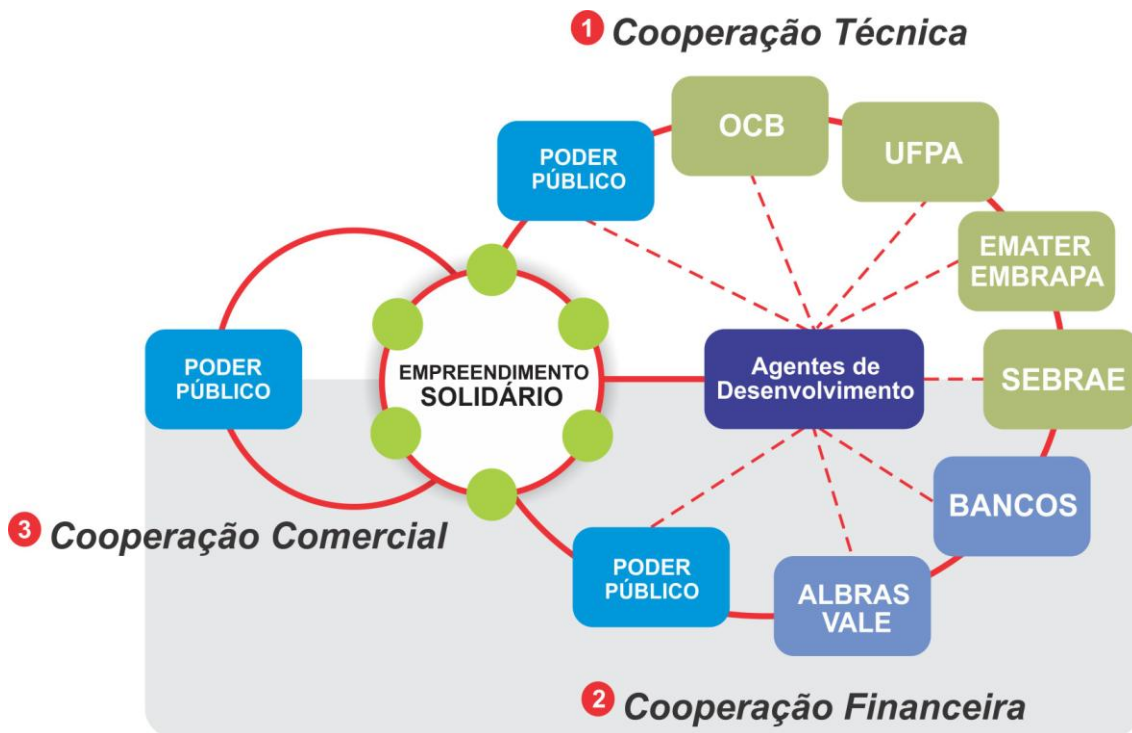


Figura 3 – Expõe que o desenvolvimento do empreendimento solidário (com seus respectivos membros representados pelos círculos verdes) é potencializado a partir da cooperação com instituições de apoio técnico, financeiro e comercial, tendo os **agentes de desenvolvimento** (por exemplo, um instituto de desenvolvimento sustentável) como os principais mediadores entre o empreendimento solidário e tais instituições. Observa-se, também, a importância fundamental do **poder público** no que concerne o processo de implantação da fitoterapia solidária no município, podendo atuar como cooperação técnica (por exemplo, contribuindo no processo de seleção das espécies de maior interesse para o sistema de saúde local), financeira (por exemplo, fornecendo a área para a implantação do empreendimento, subsídios fiscais e apoio logístico) e comercial (utilizando seu poder de compra).

Fonte: Elaboração própria.

Outros fatores positivos apresentados pelo município são:

- A *disponibilidade de adubo orgânico* (principal insumo a ser utilizado no processo de cultivo e manejo), tendo a Cooperativa de Reciclagem de Igarapé-Miri (COOPRIM) como unidade produtora, situada na PA-407. É importante frisar que a PNPMF estimula “o uso e o desenvolvimento de sistema de produção orgânica plantas medicinais” (BRASIL, 2006b)

- *A existência de extensas áreas desmatadas* cujas espécies cultivadas (quando cultivadas), como a mandioca e a pimenta-do-reino, apresentam baixo valor financeiro no mercado regional, o que pode favorecer a adesão dos produtores locais no que concerne o plantio de plantas medicinais – em especial utilizando sistemas agroflorestais, de modo a evitar impactos ambientais relacionados aos monocultivos.
- *A facilidade na recepção da matéria-prima* (caso o empreendimento seja montado na sede do município), tanto proveniente de produtores ribeirinhos, quanto daqueles situados ao longo das estradas da região.
- *O fato da utilização de plantas medicinais na terapêutica fazer parte da cultura da população local.* “Com relação aos parâmetros de assistência, constatou-se, em, 2000 que 64% das famílias entrevistadas usavam remédios caseiros, 15% utilizavam apenas medicamentos industrializados e outros 20% apenas os dois tipos de recursos terapêuticos” (BARBOSA e PINTO, 2009). O cenário em 2008 apresentou um perfil semelhante, 60%, 20% e 20%, respectivamente (id.). Isto pode facilitar a sensibilização dos médicos, em prescrever as plantas medicinais rasuradas, e dos usuários do sistema de saúde municipal, em aderir ao tratamento fitoterápico proposto.
- *A facilidade relacionada ao escoamento da produção*, uma vez que o empreendimento pode ser implantado na própria cidade de Igarapé-Miri, onde está situada a SESMA, que é o órgão responsável pela distribuição dos produtos farmacêuticos para o Hospital Santana e para os Postos e Unidades de Saúde do município. Além disso, Igarapé-Miri encontra-se perfeitamente integrada com os demais municípios do Território do Baixo Tocantins, seja pela via rodoviária, seja pela via fluvial.

Em suma, observa-se que o município apresenta conhecimento sobre espécies vegetais, que são potenciais para inserção na atenção básica (podendo ser complementadas com espécies que constituem a RENISUS), e dispõe de área, insumos e mão-de-obra para produzir as matérias-primas; de trabalhadores para efetuar, mediante a supervisão de farmacêuticos, a produção de plantas medicinais rasuradas e; de um potencial mercado consumidor dos produtos comercializados pela cooperativa (*ver adiante*).

5.3 Caminhos para facilitar a inserção na atenção básica em saúde local.

O início e a continuidade da comercialização das plantas medicinais rasuradas produzidas no município dependem fundamentalmente do interesse de quatro atores, a saber: **os profissionais médicos e farmacêuticos que selecionam os produtos farmacêuticos a serem disponibilizados na atenção básica** municipal – enquanto responsáveis pela padronização dos recursos farmacêuticos utilizados no sistema público de saúde; o **Poder Público** de Igarapé-Miri – enquanto um dos responsáveis pelo fornecimento de recursos financeiros necessários para a aquisição dos medicamentos padronizados; os **Profissionais da Saúde**, sobretudo os médicos – enquanto prescritores; e os **usuários** do sistema público de saúde – enquanto consumidores das opções terapêuticas prescritas pelos profissionais competentes. Portanto, as estratégias de educação/marketing devem enfatizar o processo de sensibilização desses quatro públicos alvos.

- Para a sensibilização dos profissionais que selecionam os produtos farmacêuticos; dos Profissionais da Saúde e do Poder Público:

- *Realização de palestras* sobre a importância terapêutica, econômica, ambiental e cultural das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos, tendo como palestrantes profissionais da saúde, em especial farmacêuticos, médicos e enfermeiros.
- *Produção de um Catálogo* – expondo as plantas medicinais rasuradas comercializadas pelo empreendimento solidário, ressaltando-se a eficácia, a segurança e a qualidade destes recursos terapêuticos, bem como o sistema sustentável de produção efetuado pelo empreendimento.
- *Produção de Guias para o Uso de Recursos Fitoterápicos* – explicitando os casos em que os recursos fitoterápicos podem ser prescritos, seus possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas e/ou com alimentos, e suas respectivas posologias indicadas.
- *Seleção e organização de monografias e produção de textos sobre plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos*, e, posteriormente, *elaboração de*

um Memento Fitoterápico do município, baseando-se nas espécies selecionadas para a inserção na atenção básica, na *lista de referências bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de fitoterápicos, publicada pela RE nº 88 de 16 de março de 2004 da ANVISA*, e nos resultados alcançados pelos programas de fitoterapia implantados em âmbito nacional – de modo a respaldar a utilização das plantas medicinais rasuradas (e posteriormente os medicamentos fitoterápicos) segundo os aspectos terapêuticos, sociais, ambientais, culturais e econômicos.

- Apresentação, *in situ*, dos produtos junto aos profissionais da saúde locais – de modo a explicitar todos os aspectos envolvidos no projeto e esclarecer quaisquer dúvidas dos profissionais da saúde e dos integrantes do poder público local. Congressos e fóruns são outras importantes formas de apresentação dos produtos.

- Para a sensibilização dos Usuários do SUS:

- *Produção de Cartazes, Out door e distribuição presencial de Folders* – enfatizando a eficácia, a segurança e a qualidade dos fitoterápicos, bem como os riscos da automedicação.
- *Veiculação de Propagandas nas três principais rádios locais*, a saber: rádio “A Vós do Povo” (engloba cerca de 40% da cidade de Igarapé-Miri); rádio “Voz da Liberdade” (engloba aproximadamente 85% da população de Maiauatá); e “rádio Santana” (engloba todo o município, tendo muitos ouvintes na cidade de Igarapé-Miri e na zona rural, mas pouco público em Maiauatá). Nas propagandas, recomenda-se enfatizar a eficácia, a segurança e a qualidade das plantas medicinais rasuradas; o interesse do poder público; a recomendação dos profissionais da saúde, em especial dos médicos e farmacêuticos; e a sustentabilidade do processo produtivo do empreendimento solidário. Cabe atentar que as propagandas devem coibir o uso irracional explicitamente.

Essas estratégias de educação/marketing iniciais são importantes para consolidar a inserção das plantas medicinais rasuradas no mercado local e nos demais municípios do Território do Baixo Tocantins. Mas existem outros nichos potenciais de mercado nos

demais municípios do estado do Pará e, também, nos outros estados do Brasil. Para se inserir nesses potenciais novos mercados, o empreendimento solidário pode se valer das atividades a seguir:

- *Participação em Feiras de Negócio Regionais e Nacionais* – expondo os produtos e serviços prestados pela Cooperativa.
- *Produção de um site* – importante ferramenta para a divulgação da cooperativa, do projeto, dos produtos e serviços prestados, e das parcerias técnicas e financeiras.
- *Inserção nas Redes Estadual e Nacional da Economia Solidária* – o que garante prioridade, em relação a empresas capitalistas, na efetivação de contratos com outros empreendimentos solidários (por exemplo farmácias) que integram estas redes.

Paralelamente a todas essas estratégias de educação/marketing, o empreendimento solidário deve buscar alcançar *Certificações de Qualidade* (a exemplo da ISO 14.001 e da ISO 9.001) para seus produtos e seu processo produtivo. As certificações, além de agregarem valor aos produtos, podem conferir maior credibilidade ao empreendimento solidário, e, por conseguinte, possibilita a conquista de novas parcerias financeiras, inclusive para PD&I – como prevê a PNPMF.

Observação: Como forma de contrapartida e reconhecimento da importância para a efetivação do projeto, em todas as ações de educação/marketing pode-se promover a divulgação das Parcerias Técnicas e Financeiras do empreendimento solidário.

5.4 Parcerias comerciais em potencial.

Inicialmente, é recomendável que as ações do empreendimento solidário sejam concentradas no sentido de alcançar, a priori, o mercado local de Igarapé-Miri, sobretudo o sistema municipal de saúde (Figura 3) e, em segundo plano, as farmácias comerciais. Em seguida, pode-se buscar novos mercados, como o mercado da microrregião, representado pelos demais municípios que integram o Território do Baixo Tocantins, a saber: Abaetetuba, Baião, Barcarena, Cametá, Limoeiro do Ajurú, Mocajuba, Moju e Oeiras do Pará (em caso de expansão para outros municípios julga-se viável a efetivação de *consórcios/parcerias municipais* como forma de consolidar a fitoterapia na região e “irradiar” o desenvolvimento).

Vários fatores denotam a potencialidade do mercado de Igarapé-Miri, como

exemplo pode-se citar o uso tradicional de plantas medicinais pela população local na terapêutica e a necessidade de expansão do acesso terapêutico no município. Conforme já citado, com relação aos parâmetros da assistência farmacêutica, Barbosa e Pinto (2009), afirmam que, em 2008, 60% da população municipal usavam remédios caseiros, 15% utilizavam apenas medicamentos industrializados, 20% usavam essas duas formas terapêuticas, e 65% da população que usa medicamentos industrializados tinham acesso a estes medicamentos mediante gastos financeiros consideráveis para o nível da renda familiar.

Estes dados apontam uma potencial demanda local referente às plantas medicinais, seja por uso tradicional, seja por limitação financeira. Soma-se ainda o fato de 20% da população local relatar não ter acesso a medicamentos (BARBOSA e PINTO, 2009), o que alerta para a necessidade do poder público em garantir acesso universal e equitativo, que, por sua vez, pode ser facilitado com a produção de plantas medicinais a preços mais acessíveis.

Ressalta-se que a grande maioria dos municípios paraenses, em especial aqueles pertencentes ao Território do Baixo Tocantins, certamente apresentam uma realidade semelhante a essa observada em Igarapé-Miri, o que explicita a existência de um mercado potencial significativo no próprio estado do Pará.

É mister salientar que o processo produtivo das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos, ao ser desenvolvido em consonância com os princípios que norteiam o Desenvolvimento Sustentável e a Economia Solidária (cuja política estadual já foi aprovada em 2010), conforme proposto no presente trabalho, é um instrumento não apenas agregador de valores aos produtos comercializados pela Cooperativa, mas também um facilitador da efetivação de parcerias comerciais, e, ainda, do alcance de certificações de qualidade para tais produtos – o que propicia, a curto, médio e longo prazos, a inserção de tais produtos em outros mercados.

A relativa diminuição direta dos gastos do poder público com medicamentos e, paralelamente, a geração de emprego e renda para a população local envolvida na cadeia produtiva, e os impostos a serem arrecadados pelas prefeituras, constituem outros fatores que facilitam a efetivação de contratos com os potenciais parceiros comerciais, com destaque para as prefeituras municipais. Orientar a produção para os sistemas de saúde dos municípios, além de produzir o que de fato o setor de saúde necessita,

significa, também, concentrar os recursos fitoterápicos em favor dos profissionais que propiciarão o uso racional dos mesmos.

6 CONCLUSÃO.

Garantir o acesso aos medicamentos é um dos principais fatores que condicionam o ser humano a alcançar o mais elevado nível de saúde. “Melhorando o acesso aos medicamentos e às vacinas existentes seria possível salvar aproximadamente 10 milhões de vidas a cada ano” (OMS, 2004, *tradução nossa*). Todavia, “além das barreiras impostas ao acesso a medicamentos, o caráter extremamente desigual desse acesso continua a ser a característica mais evidente do setor farmacêutico mundial” (HUNT e KHOSLA, 2010), de modo que garantir esse direito é um grande desafio no atual contexto neoliberal, tendo como um dos principais fatores limitantes os preços abusivos impostos pelos laboratórios farmacêuticos. Não por acaso “uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio diz respeito a proporcionar **em parceria com empresas farmacêuticas**, o acesso a medicamentos essenciais a um **preço razoável** em países em desenvolvimento” (id., *grifo nosso*).

O Governo Brasileiro, por sua vez, tem utilizado diferentes mecanismos como forma de superar as dificuldades impostas pela indústria farmacêutica, tais como o incentivo para o uso racional; a produção de medicamentos em laboratórios públicos; a emissão de licença compulsória (recurso pouco utilizado); o incentivo para o desenvolvimento da indústria nacional de Genéricos; o co-financiamento; o controle de preços e; a distribuição gratuita de medicamentos.

Com exceção da produção em laboratórios públicos, constata-se que esses mecanismos não questionam o paradigma dos atuais laboratórios farmacêuticos produtores, de modo que agem após os medicamentos já haverem alcançado o mercado. Logo, a exemplo do controle de preços, observa-se que a maioria desses mecanismos são, basicamente, *concertações* referentes às práticas capitalistas da indústria farmacêutica. Como resultado, tem-se vetores que se opõem. De um lado, os laboratórios farmacêuticos buscam alcançar preços maiores e estáveis, de outro, o Governo Brasileiro tenta diminuir os preços e garantir um uso racional dos medicamentos através dessas *concertações*. Já que são forças que atuam em sentidos opostos, a diferença entre ambas gera uma força resultante, obviamente, favorável ao grupo mais forte – que em um cenário neoliberal é, logicamente, a poderosa indústria farmacêutica. Portanto, o preço dos produtos farmacêuticos tende se situar acima de seu preço real neste cenário. No que concerne o segmento fitoterápico, essa tendência é

ainda maior, pois até então seus preços não são controlados pela CMED, o que permite às empresas do ramo praticarem preços ainda mais abusivos.

Dessa forma, ainda que tais mecanismos sejam importantes e indispensáveis no contexto atual, os mesmos têm sido insuficientes, uma vez que, de forma análoga ao panorama mundial, o acesso aos medicamentos ainda é uma questão crítica no cenário nacional. Se por um lado os medicamentos sintéticos são, atualmente, os principais recursos terapêuticos desenvolvidos, por outro, o acesso polarizado aos mesmos limita sua importância para os governos e as pessoas que têm maior poder aquisitivo, ao passo que um terço da população mundial é privado dos benefícios terapêuticos proporcionados por estes medicamentos. Para a OMS (2004, *tradução nossa*), “melhorar o acesso a medicamentos essenciais é, talvez, o desafio mais complexo enfrentado pelos agentes do setor público, setor privado e organizações não-governamentais que trabalham no fornecimento de medicamentos, que precisam combinar seus esforços e conhecimentos, e trabalhar juntos para encontrar soluções”.

É neste cenário que se corporifica as recomendações da OMS voltadas para o desenvolvimento e a inserção de recursos fitoterápicos nos sistemas oficiais de saúde mundiais enquanto opção terapêutica “alternativa” – sendo que, em âmbito nacional, a a PNPIC e a PNPMF configuram-se como sendo os principais avanços nesse sentido.

Obviamente, as políticas devem, a priori, permanecer em consonância com os ideais que a nortearam. Quando a OMS incentiva a inserção da fitoterapia nos sistemas oficiais de saúde de seus Estados-membros, pensamos que ela o faz por dois motivos básicos. O primeiro diz respeito ao elevado uso e à eficácia e segurança de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, cada vez mais comprovadas pela comunidade científica – o que faz destes produtos recursos terapêuticos que podem estar disponíveis nos sistemas oficiais de saúde para o uso racional. O segundo refere-se à necessidade de toda a população no que concerne o acesso a recursos farmacológicos eficazes, seguros e de qualidade – o que, por sua vez, não tem ocorrido com os medicamentos sintéticos. Portanto, a PNPMF deveria estar voltada primariamente para a produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos eficazes, seguros e de qualidade, cujo acesso fosse efetivamente propiciado para toda a população que deles necessitam.

Considerando que o preço dos produtos farmacêuticos é um dos fatores determinantes para propiciar o acesso aos mesmos, favorecer a comercialização de

plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos a preços acessíveis surge como uma importante alternativa. Todavia, a nosso ver, mesmo a PNPMF ressaltando em seu objetivo geral que busca “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos” (BRASIL, 2006b), a mesma não propicia, efetivamente, o acesso a estas opções terapêuticas, isto porque nenhuma de suas 17 diretrizes está voltada para o controle de preços e apenas 2 “subdiretrizes” favorecem o acesso de forma direta, a saber: a *subdiretriz 14.1* – “incentivar e fomentar a estruturação dos laboratórios oficiais para a produção de fitoterápicos” (id.) e; a *subdiretriz 9.2* – “incluir plantas medicinais e fitoterápicos na lista de medicamentos da Farmácia Popular” (id.). De um modo geral, as diretrizes e “subdiretrizes” da PNPMF estão orientadas para promover o aumento da produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos – seguindo a lógica de que aumentando a produção aumenta-se, também, o acesso.

No entanto, conforme o presente estudo enfatizou, aumentar a produção não garante, necessariamente, o aumento do acesso aos produtos farmacêuticos. A nosso ver, quando a OMS começou a estimular, desde a Conferência de Alma Ata, a inserção da fitoterapia nos sistemas oficiais de saúde de seus Estados-membros, sobretudo nos países em desenvolvimento, pensamos que não o fez por constatar que existia uma baixa produtividade de medicamentos em nível global, mas uma expressiva polarização do acesso aos mesmos. Se assim a OMS não o fez, então, certamente, não acreditava que, ao consolidar a indústria farmacêutica atual, a população de seus Estados-membros, em especial aquela que habita os países em desenvolvimento, teria acesso aos medicamentos em uma perspectiva de integralidade, universalidade e equidade. Isto porque, ao constatar que 80% da população que habita os países subdesenvolvidos utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos e que 85% da medicina tradicional correspondem à fitoterapia (BRASIL, 2006b), a OMS observa que existem falhas no acesso a medicina moderna, muito visível no contexto dos medicamentos sintéticos, e que estas falhas não se devem a uma possível baixa produção, mas à extrema polarização do acesso aos medicamentos produzidos.

Considerando que essa polarização do acesso relaciona-se diretamente com as práticas dos atuais laboratórios farmacêuticos, sejam eles internacionais ou nacionais, que ancorados no paradigma capitalista, buscam expressivos lucros, sobretudo a partir da elevação dos preços e/ou da demanda por medicamentos, advogamos que estimular a

produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos apenas e/ou prioritariamente através destes mesmos laboratórios, como preconiza implicitamente a PNPMF, podem se estender para os recursos fitoterápicos os mesmos problemas relacionados aos medicamentos sintéticos (e isto já está ocorrendo no cenário nacional no que tange os medicamentos fitoterápicos), ou seja, concentração do acesso, bem como polarização dos recursos financeiros alcançados pelo segmento fitoterápico e produção concentrada em plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos que propiciem maiores lucros (com demanda alcançada via marketing), mesmo que estes recursos não sejam tão importantes para o setor de saúde brasileiro. Assim, advogamos que o Estado deve utilizar mecanismos, como o seu poder de compra, voltados para mitigar o monopólio observado no setor farmacêutico, e não consubstanciá-lo, conforme preconiza implicitamente a PNPMF, a nosso ver.

É neste contexto que se insere a proposta feita pelo presente trabalho de estimular a produção de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, também, em empreendimentos cujos ideais norteadores favoreçam a comercialização destes produtos a preços mais acessíveis para o poder público e para a população em geral. Neste sentido, cunhamos no presente estudo o termo *fitoterapia solidária* que, ancorada nos princípios norteadores da economia solidária e em consonância com a perspectiva do desenvolvimento local, é uma ferramenta voltada, em suma, para engendrar, em simbiose com outros mecanismos, a despolarização do acesso (a priori), do parque produtivo e dos empreendimentos produtores de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, bem como a diversificação dessas opções terapêuticas, obedecendo principalmente a necessidade do setor de saúde nacional.

Portanto, a fitoterapia solidária constitui, nesta conjuntura, uma forma de favorecer que tanto as ações das empresas privadas produtoras de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, quanto as ações governamentais, convirjam no sentido de garantir o acesso da população a estes recursos terapêuticos e a estabilidade socioeconômica dos empreendimentos solidários. Neste caso, as forças (das empresas e do Estado), formam vetores que se orientam para a mesma direção e para o mesmo sentido, logo, se somam. Se ambos (empresas e Estado) têm suas atividades norteadas prioritariamente para o bem-estar coletivo, então aumenta-se a possibilidade de, paralelamente ao aumento da produção, ocorrer, também, o aumento do acesso aos recursos fitoterápicos.

Tomando como exemplo o município de Igarapé-Miri, o estudo apontou que de acordo com o paradigma do desenvolvimento local, os atores locais, através da cooperação entre si e com instituições técnicas e financeiras, podem ir além de simples fornecedores de matérias-primas para os atuais laboratórios do ramo, de modo que podem gerar, também, produtos finais – partindo inicialmente daqueles que necessitam de menor aporte tecnológico, como é o caso das rasuras de plantas medicinais – cuja produção é regulamentada pela RDC 10 da ANVISA. Dentre os potenciais benefícios que a produção de plantas medicinais rasuradas em um empreendimento solidário pode trazer para o município, estão: a produção voltada prioritariamente para a necessidade do setor de saúde e obedecendo as especificidades culturais locais; a comercialização de plantas medicinais rasuradas a preços acessíveis para a secretaria municipal de saúde – o que propicia a diminuição relativa dos custos com produtos farmacêuticos e a ampliação da cobertura aos usuários; a geração de postos de trabalho, associada a uma progressiva qualificação dos atores locais; a distribuição equitativa da renda alcançada pelo segmento; a geração de impostos para o próprio município; a retenção de recursos financeiros que evadiriam no caso das plantas medicinais serem compradas de laboratórios farmacêuticos externos; o aproveitamento de áreas já degradadas para efetuar o cultivo das plantas medicinais e de outras espécies vegetais em sistemas agroflorestais.

Esses benefícios possibilitados pela fitoterapia solidária são consonantes com as considerações de Singer (2004) sobre o *desenvolvimento*, que o entende como “um processo de fomento de novas forças produtivas e de instauração de novas relações de produção, de modo a promover um processo sustentável de crescimento econômico, que preserve a natureza e redistribua os frutos do crescimento a favor dos que se encontram marginalizados da produção social e da fruição dos resultados da mesma”.

Cabe atentar que o sucesso ou o fracasso da fitoterapia solidária está diretamente relacionado aos motivos que nortearam a união dos membros que integram o empreendimento solidário. A este respeito, pensamos que o *interesse econômico* é importante para aproximar os atores locais no sentido de formarem empreendimentos solidários objetivando transitar para uma vida mais digna, no entanto, por si só, não estabelece uma união significativa entre os mesmos. Pelo contrário, pensamos que o interesse econômico estabelece uma ligação muito fraca entre os atores locais, análoga à ligação dipolo-dipolo que existe entre alguns elementos químicos, que é facilmente

influenciada tanto por alterações internas, quanto por alterações externas. Assim, por exemplo, se um ator A, unido a um ator B unicamente ou prioritariamente por interesse econômico, obter condições de alcançar maiores recursos financeiros, o mesmo não hesitará, mesmo que para isso seja necessário se desligar de B. Essa postura de A em relação a B é lógica, uma vez que a união entre ambos fundamentou-se, basicamente, através da possibilidade de se ganhar mais em termos econômicos.

Antagonicamente à ligação dipolo-dipolo, quando dois os mais elementos químicos se unem por uma ligação do tipo covalente, estabelece-se entre eles uma união forte, muito resistente às alterações endógenas ou exógenas. Defendemos que este tipo de ligação é imprescindível quando se busca aumentar o capital social em âmbito local, e alcançá-la implica em valorizar aspectos qualitativos, paralelamente ou em detrimento da racionalidade quantitativa. Para isso, anterior, paralela ou posteriormente aproximados por interesses econômicos, é necessário que haja, a priori, *solidariedade* entre os mesmos – de modo que a união se estabeleça não unicamente por interesse econômico, mas pela *vontade de estar unido*, mesmo em condições adversas internas ou externas. Em consonância com Singer (2004), “ao contrário do capitalismo, que se confunde com a ‘normalidade’ e não requer a conscientização dos valores que lhe subjazem, a economia solidária só pode desenvolver suas potencialidades se os seus protagonistas o desejarem conscientemente”.

Quando se trata do desenvolvimento de produtos que têm a possibilidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida, é mister salientar que, além da solidariedade que os atores A e B devem possuir entre si objetivando alcançar condições de vida mais dignas, os mesmos devem ser solidários, também, em relação aos seres humanos que deles necessitam terapêuticamente, em especial aos menos favorecidos economicamente, que, em geral, têm baixo acesso aos medicamentos industrializados.

Além da fitoterapia solidária, embora não seja o foco do presente trabalho, ressaltamos que existem outros dois importantes mecanismos que propiciam o aumento do acesso às plantas medicinais e aos medicamentos fitoterápicos. Trata-se da produção pública em *farmácias-vivas* (principalmente recursos fitoterápicos de pouca ou média complexidade) e em laboratórios oficiais (principalmente produtos de alta complexidade). Advogamos que esse tripé (farmácias-vias; laboratórios oficiais; fitoterapia solidária), associado a uma necessária *regulação dos preços* praticados pelo segmento fitoterápico e a uma *diminuição dos impostos*, podem ser importantes

sustentáculos para uma efetiva transição no sentido de um novo cenário, no qual muitos empreendimentos, situados em todas as regiões do Brasil, produzem as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos e toda a população que deles necessitam pode acessá-los.

Por fim, ressalta-se que mesmo sendo um processo ainda embrionário, a inserção da fitoterapia no SUS já apresenta raízes que estão se expandindo principalmente a partir de projetos no formato de farmácias-vivas e da inclusão de medicamentos fitoterápicos na RENAME. Este processo tende a se intensificar cada vez mais à medida que for consolidado o segmento fitoterápico nacional, com o consequente aumento da produção nacional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, tendo a PNPIC e a PNPMF como sustentáculos fundamentais.

Portanto, diante dessa grande potencialidade do segmento fitoterápico, observa-se que o mesmo pode contribuir substancialmente para o desenvolvimento da Amazônia, inclusive associado ao reflorestamento da região. A expressiva biodiversidade amazônica, o conhecimento da população local sobre o uso das plantas medicinais, o crescente conhecimento científico produzido nas instituições de ensino e pesquisa da região e a existência de extensas áreas degradadas são alguns dos múltiplos fatores que favorecem o desenvolvimento do segmento fitoterápico na região, sendo que a própria PNPMF aponta a Amazônia (e o semi-árido nordestino) como região estratégica para o desenvolvimento deste segmento. Portanto, cabe aos atores locais e às instituições públicas e privadas da região desenvolverem de forma sustentável esta potencialidade regional, de modo a trazer grandes benefícios sociais, ambientais, culturais, políticos e econômicos para a região, em especial para quem produz e para quem necessita terapêuticamente das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos, como preconizam a OMS e a Lei Orgânica da Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. da S; BORGES, J. L. **A organização para o trabalho no grupo mandala viva em Tangará da Serra-MT**. In: Educação e Socioeconomia solidária – perspectivas para o Desenvolvimento Local. Curitiba: Editora UNEMAT, 2011.

AQUINO, D. S. **Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?** Ciência saúde coletiva vol.13, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700023> Acesso em 20 de maio de 2012.

BARBOSA, W. L. R.; FERNANDES, J. G. S.; PINTO, L. N.; DA SILVA, W. B.; SOLER, Orenzio. **Etnofarmácia: Fitoterapia Popular e Ciência Farmacêutica**. NUMA/UFGA. Belém, 2009.

BHATTARAM, A. V.; GRAEF, U.; KOHLERT, C.; VEIT, M. **Pharmacokinetics and Bioavailability of Herbal Medicinal Products**. Phytomedicine 9 Supplement III, 2002.

BÔAS, G. de K. V. **Bases para uma Política Institucional de Desenvolvimento Tecnológico de Medicamentos de Origem Vegetal: O Papel da Fiocruz** (Dissertação de Mestrado). Fundação Osvaldo Cruz, 2004. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/villasboasgkm.pdf>> Acesso em: 15 de Janeiro de 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 5 de outubro de 1988. Disponível em:

<<http://www.amperj.org.br/store/legislacao/constituicao/crfb.pdf>>. Acesso em: 03 de Jul. 2010.

_____. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em: 12 de julho de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos.** Departamento de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2001. ISBN 85 - 334 - 0192 - 2. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf> Acesso em: 17 de setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília, DF, 1999. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf> Acesso em: 20 de Julho de 2011.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria Nacional de Economia Solidária. **Atlas da economia solidária no Brasil.** Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2006b. Seção 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf> Acesso em: 17 de abril de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de**

Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. Brasília, DF: 2006c. ISBN 85-334-1187-1. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf> Acesso em: 17 de abril de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Estrutura de mercado do segmento de fitoterápicos no contexto atual da indústria farmacêutica brasileira.** Secretaria Executiva. Núcleo Nacional de Economia da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2007a. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_fitoterapicos.pdf> Acesso em: junho de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 1.555 de 27 de Junho de 2007. Institui o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos.** Diário Oficial da União. Brasília, 2007b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1555.htm>> Acesso em: 17 de Janeiro de 2012.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Uso Racional de Medicamentos na perspectiva multiprofissional.** Brasília, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename** 7ª ed. Brasília, DF, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso Racional de Medicamentos.** Brasília, DF, 2012. ISBN 978-85-334-1897-4.

BUARQUE, S. S. **Desenvolvimento Sustentável.** Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

CABUGUEIRA, A. C. C. M. **Do Desenvolvimento Regional ao Desenvolvimento Local. Análise de alguns aspectos de Política Econômica Regional.** 2000. Disponível em:

<http://www4.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD9/gestaodesenvolvimento9_103.pdf> Acesso em: 16 de agosto de 2011.

CALIARI, T.; RUIZ, R. M. **Os gastos públicos com medicamentos no período de 2002 a 2006.** RAS, vol. 12, n. 49, 2010. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/files/Os%20gastos%20p%C3%BAblicos%20com%20medicamentos%20no%20periodo%20de%202002%20a%202006.pdf>> Acesso em: 25 de outubro de 2011.

CALIXTO, J. B.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. M. **Desenvolvimento de Medicamentos no Brasil: Desafios.** Gazeta Médica da Bahia, n. 78, 2008.

CAPANEMA, L. X. de L. **A Indústria Farmacêutica Brasileira e Atuação do BNDES.** Rio de Janeiro: BNDES, 2006.

CAVALCANTI, C. **Breve Introdução à Economia da Sustentabilidade. In: Desenvolvimento e Natureza: Estudos para uma sociedade sustentável.** 2004. Disponível em: <http://www.ufbaecologica.ufba.br/arquivos/livro_desenvolvimento_natureza.pdf> Acesso em: 10/01/2010.

CONNECTAS DIREITOS HUMANOS (CDH). **Organizações contestam a constitucionalidade da Lei de Propriedade intelectual,** 29 nov. 2007. Disponível em: <http://www.conectas.org/noticia.php?not_id=192> Acesso em: 18 de agosto de 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. O desafio do acesso a medicamentos em sistemas públicos de saúde. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Relatório do Seminário Internacional de Assistência Farmacêutica do CONASS. Brasília, 2010.

CROZARA, M. A. **Estudo do consumo de medicamentos em hospital particular** (Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Universidade de São Paulo). São Paulo, 2001.

DALL'AGNOL, R. S. A. **Identificação e quantificação dos problemas relacionados com medicamentos em pacientes que buscam atendimento no serviço de emergência do HCPA**. 2004 (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre, 2004.

Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6451/000441879.pdf?sequence=1>

Acesso em: 20 de abril de 2012.

FENAFAR. **Alto custo do remédio dificulta políticas públicas**. 2010. Disponível em: <http://www.fenafar.org.br/portal/todos-os-artigos/1-ultimas-noticias/494-altocusto.html> 2010. Acesso em: 02/09/2010.

FERNANDES, A. M. M. S.; CASTRO, C. G. S. O.; LUIZA, V. L. **Arcabouço legal da política nacional de medicamentos no Brasil: uma revisão**. Coleção Escola do Governo, Série Trabalho de Alunos. Rio de Janeiro, 2004.

FIÚZA, E. P. S.; LISBOA, M. B. B. **Credenciais e Poder de Mercado: Um Estudo Econométrico da Indústria Farmacêutica Brasileira**. Rio de Janeiro, 2001. ISSN 1415-4765. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0846.pdf Acesso em: 13 de março de 2011.

FOGLIO, M. A.; QUEIROGA, C. L.; SOUSA, I. M. de O.; RODRIGUES, R. A. F. **Plantas Medicinais como Fonte de Recursos Terapêuticos**. MultiCiência, 2006.

FRANÇA, R. N. C.; ARAÚJO, D. S.; ROSA, M. **Agroecologia e economia solidária: desafios dos empreendimentos econômicos solidários e a reconstrução do ethos do trabalho**. In: Educação e Socioeconomia solidária – perspectivas para o Desenvolvimento Local. Curitiba: Editora UNEMAT, 2011.

FRANTZ, W. **Desenvolvimento local, associativismo e cooperação**. 2002. Disponível em: <<http://www.unijui.tche.br/~dcre/frantz.html>>. Acesso em: 16 de maio de 2012.

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. de C. **Saúde e Inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde**. Caderno de Saúde Pública, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14904>> Acesso em: 13 de março de 2011.

GAIGER, L. I. **A solidariedade como alternativa econômica para os pobres**. Contexto e Educação, n. 50, 1998.

HASENCLEVER, L.; LOPES, R.; CHAVES, G. C.; REIS, R.; VIEIRA, M. F. **O Instituto de Patentes Pipeline e o Acesso a Medicamentos: aspectos econômicos e jurídicos Deletérios à economia da saúde**. Revista de Direito Sanitário, v. 11, n. 2, 2010.

HUNT, P.; KHOSLA, R. **Acesso a medicamentos como um direito humano**. Revista Internacional de Direitos Humanos, n. 8. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006> Acesso em: 14 de julho de 2011.

IRION, J. E. **Cooperativismo e Economia Social**. São Paulo: STS, 1997.

LAFORGA, G.; SENN, A. V. P. **Limites e oportunidades existentes para os integrantes dos empreendimentos econômicos solidários do assentamento Antônio Conselheiro em Tangará da Serra-MT**. In: Educação e Socioeconomia solidária – perspectivas para o Desenvolvimento Local. Curitiba: Editora UNEMAT, 2011.

LUIZA, V. L. **Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro** (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2003.

MANCE, E. A. **Revolução das Redes. A colaboração solidária como uma alternativa pós-capitalista à globalização atual.** Petrópolis: Vozes, 2001.

MARQUES, Marília Bernardes. **Patentes farmacêuticas e acessibilidade aos medicamentos no Brasil.** 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000200001&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 22 de outubro de 2010.

MELO, D. O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. **A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos.** Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, vol. 42, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v42n4/a02v42n4>> Acesso em: 14 de julho de 2011.

MSF (Médicos Sem Fronteiras). **Desequilíbrio fatal: a crise em pesquisa e desenvolvimento para doenças negligenciadas.** MSH: 2002.

NWOBIKE, J. C. **Empresas Farmacêuticas e Acesso a Medicamentos nos países em desenvolvimento: o caminho a seguir.** Revista Internacional de Direitos Humanos, Número 4, Ano 3. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452006000100008> Acesso em: 28 de junho de 2011.

OGAVA, S. E. N. I.; PINTO, M. T. C. I.; KIKUCHI, T. I.; MENEGUETI, V. A. F. I.; MARTINS, D. B. C. I.; COELHO, S. A. D. I.; MARQUES, M. J. N. J. I.; VIRMOND, J. C. S. I.; MONTESCHIO, P. I.; D'AQUINO, M. I., MARQUES, L. C. I. I. **Implantação do programa de fitoterapia "Verde Vida" na secretaria de saúde de Maringá (2000-2003).** Revista Brasileira de Farmacognosia, vol.13, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-695X2003000300022&script=sci_arttext> Acesso em: 20 de maio de 2010.

OLIVEIRA, E. A. de. **Política de produção pública de medicamentos no Brasil: o caso do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE)** (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de

Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/6086>> Acesso em: 20 de outubro de 2011.

OPAS. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados.** Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/UNICEF (OMS). **Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.** Brasília: Ministério da Saúde, 1979.

_____. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf> Acesso em: 28 de junho de 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS; 4. Selección de Medicamentos Esenciales.** Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/es/cl/CL7.14/clmd,50.html>> Acesso em: 11 de junho de 2009.

_____. **Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva.** Genebra: 2004. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4964s/>> Acesso em: 16 de maio de 2011.

PARÁ. Governo do Estado do Pará. Secretaria Executiva de Estudo de Planejamento, Orçamento e Finanças. **Estatística Municipal – Igarapé-Miri.** 2011.

PIERONI, J. P.; PALMEIRA FILHO, P. L. P.; ANTUNES, A.; BOMTEMPO, J. V. **O desafio do financiamento à inovação farmacêutica no Brasil: a experiência do BNDES Profarma.** Revista do BNDES, 2012. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/revista/rev3703.pdf> Acesso em: 10 de julho de 2012.

PORTELA, A. S.; LEAL, A. A. F.; WERNER, R. P. B.; SIMÕES, M. O. S.; MEDEIROS, A. C. D. **Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios.** Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. 2010. ISSN 1808-4532

QUEIROZ, M. A. L. de; VASCONCELOS, F. C. de. **Inovação e Imitação na Indústria Farmacêutica: estratégias empresariais a partir da regulamentação dos medicamentos genéricos.** Revista Brasileira de Estratégia, v. 1, n. 1, 2008.

RAZETO, L. M. **Los Caminos de La Economía de Solidaridad.** Buenos Aires: Lumenhvmanitas, 1997.

REIS, C. N. **Economia Solidária: um instrumento para inclusão social.** 20??. Disponível em: <<http://www.fee.tche.br/sitefee/download/jornadas/2/e10-02.pdf>> Acesso em: 10 de maio de 2012.

REIS, C. N. e NASCIMENTO, A. F. **Formas alternativas de Economia Solidária: desdobramentos históricos e restrições impostas pela concorrência do mercado.** Revista OIDLES, vol. 2, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/oidles/04/rn.htm>> Acesso em: 20 de fevereiro de 2011.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: Unesp, 1994.

SINGER, P.; SOUZA, A. R. de (Orgs.). **A Economia Solidária no Brasil: a autogestão como resposta ao desemprego.** São Paulo: Contexto, 2000.

SINGER, P. **Desenvolvimento: Significado e Estratégia.** Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria Nacional de Economia Solidária. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/ecosolidaria/prog_desenvolvimentoestrategica.pdf> Acesso em: 21 de março de 2011.

STAHEL, A. W. **Capitalismo e Entropia: Os aspectos ideológicos de uma contradição e a busca de alternativas Sustentáveis.** In: Desenvolvimento e Natureza:

Estudos para uma sociedade sustentável. 2004. Disponível em:
<http://www.ufbaecologica.ufba.br/arquivos/livro_desenvolvimento_natureza.pdf>

Acesso em: 10 de janeiro de 2010.

VALDUGA, C. J. **A Indústria Farmacêutica – uma Breve História**. Rev. Pesq. Inov. Farm., 2009.

VIVEIROS, N.; LUÍS, A. **O Desenvolvimento Local e a Animação Sociocultural. Uma comunhão de princípios**. 2008; ISSN 1698-4044. Disponível em:
<<http://quadernsanimacio.net/ANTERIORES/ocho/Desenvolvimiento.pdf>> Acesso em:
16 de maio de 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2000 – Health Systems Improving Performance**. Genebra, 2000.

ZAPATA, T. **Desenvolvimento econômico local: desafios, limites e possibilidades**. In: Desenvolvimento local: trajetórias e desafios. Recife: Instituto de Assessoria para o Desenvolvimento Humano, 2005.

ZARGARZADEH, A. H.; EMANI, M.H.; HOSSEINI, F. **Drug-related hospital admissions in a generic pharmaceutical system**. Clin. Exp. Pharmacol. Physiol, v, 34, 2007.

ANEXO I

OBJETIVOS E DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

1.2 Objetivos Específicos

- Ampliar as opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados a fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais.
- Construir o marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterápicos a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países.
- Promover pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva.
- Promover o desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos e o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional neste campo.
- Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado.

2 DESENVOLVIMENTO DAS DIRETRIZES

1 Regularizar o cultivo; o manejo sustentável; a produção, a distribuição, e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, considerando as experiências da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização.

1.1 Criar legislação específica para regulamentação do manejo sustentável e produção/cultivo de plantas medicinais que incentive o fomento a organizações e ao associativismo e a difusão da agricultura familiar e das agroindústrias de plantas medicinais.

1.2 Criar e implementar regulamento de insumos de origem vegetal, considerando suas especificidades.

1.3 Criar e implementar legislação que contemple Boas Práticas de Manipulação de fitoterápicos considerando as especificidades dos mesmos quanto à prescrição, à garantia e ao controle de qualidade.

1.4 Criar e implementar legislação que contemple Boas Práticas de Fabricação de fitoterápicos considerando as especificidades dos mesmos quanto à produção, à garantia e ao controle de qualidade.

2 Promover a Formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos.

2.1 Fortalecer e integrar as redes de assistência técnica e de capacitação administrativa e apoio à cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.

2.2 Promover a integração com o sistema de ensino técnico, pós médio, na área de plantas medicinais e fitoterápicos, articulação com o Sistema S, com universidades e incubadoras de empresas, fortalecimento da ATER por meio de ações do governo e da iniciativa privada.

2.3 Elaborar programa de formação técnica e científica para o cultivo e manejo sustentável de plantas medicinais e produção de fitoterápicos.

3 Incentivar a formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de pesquisas, tecnologias e inovação em plantas medicinais e fitoterápicos.

3.1 Criar e apoiar centros de pesquisas especializados em plantas medicinais e fitoterápicos.

3.2 Criar e apoiar centros de pesquisas especializados em toxicologia de plantas medicinais e fitoterápicos.

3.3 Promover a formação de grupos de pesquisa com atuação voltada ao enfrentamento das principais necessidades epidemiológicas identificadas no País.

3.4 Estabelecer mecanismos de incentivo à fixação de pesquisadores em centros de pesquisas nas regiões: Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

3.5 Incentivar a formação e atuação de técnicos e tecnólogos visando a agregação de valor e a garantia da qualidade nas diversas fases da cadeia produtiva.

3.6 Incentivar o desenvolvimento de linhas de pesquisa e implantação de áreas de concentração relacionadas a plantas medicinais e fitoterápicos nos cursos de Pós Graduação.

3.7 Incentivar o desenvolvimento de linhas de pesquisa para a formação de redes de coleções e bancos de germoplasma.

3.8 Apoiar a qualificação técnica dos profissionais de saúde e demais envolvidos na produção e uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

4 Estabelecer estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos.

4.1 Estimular profissionais de saúde e população ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

4.2 Desenvolver e atualizar um portal eletrônico nacional para plantas medicinais e fitoterápicos.

4.3 Apoiar e incentivar eventos de plantas medicinais e fitoterápicos para divulgar, promover e articular ações e experiências das cadeias produtivas do setor.

4.4 Estimular a produção de material didático e de divulgação sobre plantas medicinais e fitoterápicos.

4.5 Apoiar as iniciativas de coordenação entre as comunidades para a participação nos fóruns do setor.

5 Fomentar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies vegetais nativas e exóticas adaptadas, priorizando as necessidades epidemiológicas da população.

5.1 Incentivar e fomentar estudos sobre plantas medicinais e fitoterápicos abordando a cadeia produtiva no que tange a:

- Etnofarmacologia.
- Produção de insumos.
- Desenvolvimento de sistema de produção e manejo sustentável.
- Implantação de redes de coleções e bancos de germoplasma.
- Desenvolvimento de produtos.
- Qualidade dos serviços farmacêuticos.
- Farmacoepidemiologia.
- Farmacovigilância.
- Farmacoeconomia.
- Uso racional.
- Participação de agricultura familiar nas cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos.

5.2 Incentivar e fomentar estudos sobre plantas medicinais e fitoterápicos abordando educação em saúde; organização, gestão e desenvolvimento da assistência farmacêutica, incluindo as ações da atenção farmacêutica.

5.3 Estabelecer mecanismos de financiamento à pesquisa, desenvolvimento, inovação e validação de tecnologias para a produção de plantas medicinais e fitoterápicos.

6 Promover a interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades, centros de pesquisa e Organizações Não Governamentais na área de plantas medicinais e desenvolvimento de fitoterápicos.

6.1 Apoiar o desenvolvimento de centros e grupos de pesquisa emergentes.

6.2 Identificar e promover a integração dos centros de pesquisa existentes no País.

6.3 Incentivar a realização de parceria em projetos de pesquisa.

6.4 Estruturar rede de pesquisa.

6.5 Incentivar a transferência de tecnologia das instituições de pesquisa para o setor produtivo.

7 Apoiar a implantação de plataformas tecnológicas piloto para o desenvolvimento integrado de cultivo de plantas medicinais e produção de fitoterápicos.

7.1 Desenvolver tecnologia nacional necessária à produção de insumos à base de plantas medicinais.

7.2 Incentivar o desenvolvimento de tecnologias apropriadas aos pequenos empreendimentos, à agricultura familiar e estimulando o uso sustentável da biodiversidade nacional.

7.3 Fomentar a realização de pesquisas visando à ampliação do número de espécies nativas da flora brasileira na Farmacopéia Brasileira.

8 Incentivar a incorporação racional de novas tecnologias no processo de produção de plantas medicinais e fitoterápicos.

8.1 Estimular o desenvolvimento nacional de equipamentos e tecnologias necessários à garantia e controle de qualidade na produção de plantas medicinais e fitoterápicos.

8.2 Prospectar novas tecnologias que potencializem o sistema de produção.

8.3 Incluir procedimento de avaliação tecnológica como rotina para a incorporação de novas tecnologias.

8.4 Desenvolver mecanismos de monitoramento e avaliação da incorporação de tecnologia.

9 Garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos.

9.1 Promover o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

9.2 Incluir plantas medicinais e fitoterápicos na lista de medicamentos da “Farmácia Popular”.

9.3 Implementar Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do SUS em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Política de Medicina Natural e Práticas Complementares e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

9.4 Atualizar permanentemente a Relação Nacional de Fitoterápicos (RENAME-FITO) e a Relação Nacional de Plantas Medicinais.

9.5 Criar e implementar o Formulário Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

10 Promover e reconhecer as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros.

10.1 Criar parcerias do governo com movimentos sociais visando o uso seguro e sustentável de plantas medicinais.

10.2 Identificar e implantar mecanismos de validação/reconhecimento que levem em conta os diferentes sistemas de conhecimento (tradicional/popular x técnico/científico).

10.3 Promover ações de salvaguarda do patrimônio imaterial relacionado às plantas medicinais (transmissão do conhecimento tradicional entre gerações).

10.4 Apoiar as iniciativas comunitárias para a organização e reconhecimento dos conhecimentos tradicionais e populares.

11 Promover a adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais e de manipulação e produção de fitoterápicos, segundo legislação específica.

11.1 Estimular a implantação de programas e projetos que garantam a produção e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos.

11.2 Resgatar e valorizar o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais.

12 Promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios derivados do uso dos conhecimentos tradicionais associados e do patrimônio genético.

12.1 Apoiar e integrar as iniciativas setoriais relacionadas à disseminação e ao uso sustentável de plantas medicinais e fitoterápicos existentes no Brasil.

12.2 Facilitar e apoiar a implementação dos instrumentos legais relacionados a proteção dos conhecimentos tradicionais associados ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

12.3 Integrar as iniciativas governamentais e não-governamentais relacionadas à proteção dos conhecimentos tradicionais associados ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

12.4 Fortalecer e aperfeiçoar os mecanismos governamentais de proteção da propriedade intelectual na área de plantas medicinais e fitoterápicos.

13 Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos.

13.1 Estimular a produção de plantas medicinais, insumos e fitoterápicos, considerando a agricultura familiar como componente desta cadeia produtiva.

13.2 Estabelecer mecanismos de financiamento para estruturação e capacitação contínua da rede ATER – Assistência Técnica e Extensão Rural.

13.3 Disseminar as boas práticas de cultivo e manejo de plantas medicinais, e preparação de remédios caseiros.

13.4 Apoiar e estimular a criação de bancos de germoplasma e horto-matrizes em instituições públicas.

13.5 Promover e apoiar as iniciativas de produção e comercialização de plantas medicinais e insumos da agricultura familiar.

14 Estimular a produção de fitoterápicos em escala industrial.

14.1 Incentivar e fomentar a estruturação dos laboratórios oficiais para produção de fitoterápicos.

14.2 Incentivar a produção de fitoterápicos pelas indústrias farmacêuticas nacionais.

15 Estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos.

15.1 Criar mecanismos de incentivos para a cadeia produtiva de plantas medicinais e Fitoterápicos.

15.2 Apoiar o desenvolvimento e a interação dos agentes produtivos de toda cadeia de plantas medicinais e fitoterápicos

15.3 Fomentar a produção de insumos, o beneficiamento, a comercialização e a exportação de plantas medicinais e fitoterápicos.

15.4 Estimular o uso e o desenvolvimento de sistema de produção orgânica plantas medicinais.

15.5 Disponibilizar tecnologias apropriadas para o uso de plantas medicinais e fitoterápicos.

16 Incrementar as exportações de fitoterápicos e insumos relacionados, priorizando aqueles de maior valor agregado.

16.1 Estabelecer programas de promoção comercial para plantas medicinais e fitoterápicos.

16.2 Promover a Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do MERCOSUL.

16.3 Instituir linhas de financiamento para produção de Fitoterápicos e insumos relacionados para fins de exportação.

17 Estabelecer mecanismos de incentivo para a inserção das cadeias e dos arranjos produtivos de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional.

17.1 Estabelecer mecanismos creditícios e tributários adequados à estruturação das cadeias e dos arranjos produtivos, de plantas medicinais e fitoterápicos.

17.2 Estabelecer mecanismos para distribuição dos recursos destinados ao desenvolvimento regional da cadeia produtiva de fitoterápicos.

17.3 Realizar análise prospectiva da capacidade instalada nas diferentes regiões.

17.4 Definir critérios diferenciados para alocação e distribuição dos recursos orçamentários e financeiros destinados às cadeias produtivas de fitoterápicos.

17.5 Selecionar projetos estratégicos na área de plantas medicinais e fitoterápicos visando o investimento em projetos pilotos.

17.6 Utilização do poder de compra do estado na área da saúde para o fortalecimento da produção nacional.